

Авторський колектив:

Дарина Богдан, Ірена Грига,
Ірина Зубець, Тетяна Семигіна, Світлана Філь

Науковий редактор

Тетяна Андрєєва, кандидат медичних наук

Упорядник

Валерій Левченко, кандидат технічних наук

Рецензент

Микола Полішук, доктор медичних наук

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради НаУКМА
від 22 грудня 2005 р.*

Видання посібника здійснено за підтримки
Міжнародного фонду «Відродження»

ВІЛ/СНІД: політика, профілактика, догляд: Методичний посібник до курсу / За ред. Т. Семигіної. – К.: Вид. дім «Кисво-Могилянська академія», 2006. – 140 с.

У виданні представлено матеріали, які знайомлять з різними аспектами протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу, впровадження стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків, підтримки людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом. У виданні представлено програму та робочий тематичний план курсу «ВІЛ/СНІД: політика, профілактика, догляд», наведено інформаційні та методичні матеріали для лекційних та семінарських занять, подано питання для самостійної перевірки знань та питання до іспиту.

Для викладачів та студентів магістерських програм «Соціальна робота», «Менеджмент в охороні здоров'я» тощо.

ПЕРЕДМОВА	4
ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КУРСУ	5
КОРОТКИЙ ЗМІСТ КУРСУ	7
ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ	10
РОБОЧИЙ ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН КУРСУ	11
ЛІТЕРАТУРА ДО КУРСУ	17
МАТЕРІАЛИ ДО ЗАНЯТЬ	23
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ	133
ВИМОГИ ДО ПИСЬМОВОЇ РОБОТИ	136
ПИТАННЯ ДО ІСПИТУ	137

ПЕРЕДМОВА

Перед Вами видання, що було підготовлене в рамках проекту «Розробка та поширення інформаційно-освітніх матеріалів із впровадження стратегії зменшення шкоди», підтриманого Міжнародним фондом «Відродження». Ідея цього проекту, який реалізовувався у співпраці громадською організацією «Соціум-XXI», Школою соціальної роботи та Школою охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», виходила з того, що в Україні паралельно і значною мірою взаємопов'язано розвиваються дві епідемії: ВІЛ/СНІД та наркоспоживання. У країнах, де сповідують сучасні принципи поводження із споживачами наркотиків, замість репресивних перевага надається медичним та психосоціальним заходам підтримки, епідемію вдається стримувати завдяки впровадженню концепції зменшення шкоди. Ця концепція є фактично складовою політики щодо зменшення ВІЛ/СНІД, профілактики поширення епідемії і організації системи соціальної реабілітації ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних речовин.

В Україні вже розпочато здійснення елементів стратегії зменшення шкоди, зокрема замісної підтримуючої терапії, стало доступним і АРВ-лікування. Це, поряд із можливістю покращення фізичного стану здоров'я, викликало нові труднощі в житті ВІЛ-позитивних людей та їхнього найближчого оточення, а також особливу потребу в постійній професійній консультативній, інформаційній, психологічній та емоційній допомозі. У курсі містяться загальні огляди стратегії зменшення шкоди і замісної терапії, представлено такі форми роботи, як надання індивідуальних та групових консультацій, формування прихильності до ВААРТ, організація груп самопомогі. Вагоме місце в курсі відведено різного роду профілактичним програмам і моделям політики щодо зменшення поширення епідемій ВІЛ/СНІД та наркоспоживання.

У виданні представлено програму, робочий тематичний план та основні вимоги до знань студентів. Подано зміст кожного заняття, контрольні питання для перевірки знань. Детально описано, які завдання мають виконуватися на семінарах, запропоновано слайди для показу студентам. Ця методична розробка призначена для викладачів, які зможуть викладати цей курс у майбутньому. Разом із тим розроблені методичні матеріали, потрібні й студентам магістерських програм «Соціальна робота», «Менеджмент організацій охорони здоров'я» та інших спеціальностей.

Загальна характеристика курсу

Курс «ВІЛ/СНІД: політика, профілактика, догляд» – вибірковий для студентів магістерських програм «Соціальна робота» і «Менеджмент організацій в охороні здоров'я». Курс розроблено з огляду на пріоритетність проблеми ВІЛ/СНІД для України.

Метою курсу є знайомство з підходами до профілактики зараження, догляду та лікування, формування та впровадження політики щодо ВІЛ/СНІД, зокрема, політики зменшення шкоди від вживання наркотиків.

Завдання курсу:

- 1) висвітлити загальні питання й аспекти проблеми ВІЛ/СНІД;
- 2) розкрити основні підходи й особливості профілактики поширення ВІЛ/СНІД серед різних груп населення;
- 3) визначити зміст та принципи програм зменшення шкоди у контексті профілактики ВІЛ/СНІД; охарактеризувати сутність та цілі програм замісної терапії у контексті профілактики ВІЛ/СНІД;
- 4) висвітлити питання лікування та догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми;
- 5) продемонструвати вплив епідемії ВІЛ/СНІД на основні демографічні показники в Україні, а також взаємозв'язок поширення епідемії ВІЛ/СНІД в Україні і збільшення навантаження на систему соціальної підтримки та соціального захисту; розкрити досвід України в подоланні епідемії ВІЛ/СНІД;
- 6) підготовка студентів до дослідницької роботи у сфері ВІЛ/СНІД.

Передбачається, що студенти оволодіють **знаннями** про:

- природу ВІЛ/СНІД, шляхи передачі вірусу;
- принципи здійснення поведінкових змін та етичні проблеми таких втручань;

- стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків. Можливості використання замісних програм для профілактики ВІЛ/СНІДу;
- принципи попередження вертикальної трансмісії ВІЛ;
- економічні аспекти ВІЛ/СНІДу;
- необхідні послуги для людей з ВІЛ/СНІДом та їхніх родичів (догляд у громаді);
- принципи дотестового та післятестового тестування;
- прихильність до АРВ-терапії;
- епідеміологічну ситуацію в Україні, ставлення громадськості до проблеми поширення епідемії.

Очікується також, що студенти набудуть **вмінь**:

- оцінювання епідеміологічних тенденцій та шляхів передачі ВІЛ-інфекції;
- аналізу прикладів профілактики ВІЛ у різних групах;
- аналізу національної політики щодо ВІЛ/СНІДу, зокрема внеску впливових структур у реалізацію цієї політики;
- оцінювання профілактичного втручання, зокрема стратегій зменшення шкоди від вживання наркотиків;
- організації представництва людей з ВІЛ/СНІДом з використанням різних підходів;
- проведення консультування, пов'язаного з тестуванням на ВІЛ;
- визначення послуг, необхідних для комплексного догляду за ВІЛ-позитивними людьми.

Міждисциплінарні зв'язки

На момент викладання курсу студенти вже мають знання з політології, психології, соціології, права, можуть мати знання з теорій і методів соціальної роботи, основ охорони громадського здоров'я.

Курс озброює студентів знаннями щодо біопсихосоціального підходу до організації надання допомоги ВІЛ-позитивним людям, впровадження стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків як засобу профілактики поширення епідемії ВІЛ, економічних наслідків епідемії. Студенти зможуть використовувати надані знання та вміння щодо аналізу медичних, соціально-психологічних, економічних та політико-правових чинників епідемії ВІЛ/СНІДу в наступних курсах та при написанні магістерської кваліфікаційної роботи.

КОРОТКИЙ ЗМІСТ КУРСУ

Розділ 1. Вступ до курсу. Загальні питання й аспекти епідемії ВІЛ/СНІДу і епідемії наркоспоживання

Мета та завдання курсу. Природа ВІЛ, дія вірусу на організм людини. Епідемія ВІЛ/СНІДу в різних країнах світу. Основні шляхи передачі ВІЛ/СНІДу (статевий; парентеральний; від інфікованої матері до дитини). Передача вірусу: ситуація в Україні та інших країнах. Зв'язок між епідемією ВІЛ/СНІДу та епідемією наркоспоживання. Діагностика та сучасні підходи до лікування ВІЛ-інфекції (групи тестів на ВІЛ, період «вікна»).

Політичні засоби впливу на епідемію ВІЛ/СНІДу: політико-правова база боротьби з ВІЛ/СНІД на міждержавному рівні. Взаємозв'язок наркополітики та політики в сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в різних країнах світу. Моделі політики стосовно вживання наркотиків та їх вплив на епідемію ВІЛ (скорочення поставок, зниження попиту, зменшення шкоди).

Розділ 2. Попередження поширення ВІЛ/СНІДу: основні підходи

Здійснення поведінкових втручань з метою профілактики ВІЛ на індивідуальному та соціальному рівнях. Особливості профілактики ВІЛ серед різних груп населення (підлітки, профілактика на робочих місцях, вагітні жінки, споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, чоловіки, які мають секс з чоловіками, ув'язнені особи).

Зменшення шкоди як пріоритетна стратегія попередження ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин. Принципи стратегії зменшення шкоди. Використання програм замісної терапії у контексті профілактики ВІЛ/СНІДу, основні цілі програм замісної терапії. Основні принципи проведення інформаційних кампаній з профілактики ВІЛ та зміцнення здоров'я населення.

Теоретичні та методологічні підходи до змін ризикованої поведінки на індивідуальному рівні. Модель Прочаски – ДіКліменті, основні етапи змін. Структурні втручання, втручання на рівні оточення. Політика поведінкової модифікації (стратегія зменшення ризику, стратегія усунення ризику, медична модель, освітня модель, модель інформаційно-мотиваційно-поведінкових навичок, радикально-політична модель, модель дій на благо здоров'я). Етичні аспекти поведінкових втручань для профілактики ВІЛ.

Профілактика ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин та працівників секс-бізнесу. Профілактика ВІЛ серед молоді та підлітків. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ. Роль лікарів, сім'ї, можливості профілактики на робочому місці. Процеси профілактичної комунікації та соціального маркетингу. Економічні аспекти профілактичних програм. Оцінювання профілактичного втручання. Зміст та значення стратегій зменшення шкоди у профілактиці ВІЛ/СНІДу. Особливості використання замісних програм для профілактики ВІЛ/СНІДу: міжнародний та український досвід. Використання підходу «рівний – рівному». Політичне забезпечення стратегії зменшення шкоди. Погляди й оцінки стратегії різними колами суспільства.

Розділ 3. Лікування та догляд за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми

Мережа медичних та соціальних служб для людей з ВІЛ/СНІДом. Методи соціально-психологічної підтримки і реабілітації людей з ВІЛ/СНІДом (дотестове та післятестове консультування; групи самопомогли для людей з ВІЛ; робота з родичами та близькими ВІЛ-інфікованих людей; представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІДом, медіа-представництво). Програми догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми: економічні аспекти. Забезпечення якості послуг з попередження ВІЛ та догляду за хворими на СНІД. Залучення волонтерів до роботи з людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Догляд у громаді за людьми з ВІЛ/СНІДом і споживачами ін'єкційних наркотиків (розуміння громади та методів роботи у ній). Модель громадського центру комплексної допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Ролі соціальних працівників у громаді та методи організації догляду в громаді за людьми з ВІЛ/СНІДом і споживачами ін'єкційних наркотиків.

Дотестове та післятестове консультування (етапи дотестового консультування, послідовність консультування при різних результатах тесту). Групи самопомогли для людей з ВІЛ. Робота з родичами та близькими ВІЛ-інфікованих людей. Представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІДом. Медіа-представництво. Групи само/взаємодопомогли для близьких і родичів ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей: принципи і правила роботи.

Проблеми впровадження контрольованої антиретровірусної терапії (АРВ-терапії). Цілі терапії, чинники, що впливають на її ефективність. Прихильність до АРВ-терапії. Шляхи та методи впровадження прихильності до АРВ-терапії (когнітивні, поведінкові, афективні). Взаємозв'язок між АРВ-терапією та замісною терапією. Лікування і профілактика опортуністичних захворювань. Реабілітаційні програми для осіб із подвійним діагнозом – ВІЛ/СНІД і наркоманія. Організація роботи мультидисциплінарної команди.

Розділ 4. Досвід України в подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу

Вплив пандемії ВІЛ/СНІДу на економіку та соціальну сферу України. Демографічні та соціально-економічні характеристики людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Система соціальної підтримки та соціального захисту в Україні в контексті поширення ВІЛ/СНІДу.

Інформованість «людей, які приймають рішення» стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу та шляхів її вирішення. Ставлення суспільства до проблеми ВІЛ/СНІДу та людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Дискримінація та стигматизація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні. Роль ЗМІ у формуванні ставлення до людей з ВІЛ/СНІДом. Уявлення «людей, які приймають рішення» про шляхи національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Роль впливових структур у процесі формування національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу.

Політична стратегія України на шляху подолання епідемії ВІЛ/СНІДу. Національні програми і законодавство України у сфері ВІЛ/СНІДу. Права людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, їхніх близьких та родичів, медиків.

Місце профілактичних програм у стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу. Основні різновиди профілактичних програм та їхні виконавці. Доступні ресурси для втілення профілактичних програм в Україні. Оцінка ефективності профілактичних програм. Ресурси та політичні можливості ефективної національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні. Перспективи розвитку програм зменшення шкоди.

ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

Умови рейтингу

За роботу впродовж триместру студенти отримують рейтингові оцінки за різні види навчальної діяльності у наступній пропорції:

Вид діяльності	Макс. бал
Робота на семінарах (максимум 4 бали за кожен семінар)	40
Письмова (дослідницька) робота	30
Іспит	30

Курс зараховується за умов виконання всіх перелічених видів діяльності.

Оцінка «відмінно»	91–100 балів
«добре»	76–90 балів
«задовільно»	60–75 балів
«незадовільно»	59 балів і нижче

Робота на семінарах

Оцінюються:

- активність (відповіді, виступи, зауваження, коментарі, участь у дискусіях);
- ступінь обізнаності з рекомендованою та додатковою літературою;
- міра володіння матеріалом;
- творчість;
- здатність аналізувати та робити висновки;
- демонстровані вміння / навички.

РОБОЧИЙ ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН КУРСУ

2,5 кредити за курс
усього – 135 год/
8 лекційних год/
20 семінарських год/
2 год консультацій/
13 офісних год/
92 год самостійної роботи
Форма контролю – іспит

АНОТАЦІЯ

Курс «ВІЛ/СНІД: політика, профілактика, догляд» – вибірковий для студентів магістерських програм «Соціальна робота» і «Менеджмент в охороні здоров'я». Він забезпечує знайомство з основними проблемами у зв'язку з ВІЛ/СНІДом та підходами до їх розв'язання.

РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО КУРСУ. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ Й АСПЕКТИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ І ЕПІДЕМІЇ НАРКОСПОЖИВАННЯ

Лекція 1. Епідеміологічна ситуація стосовно ВІЛ/СНІДу в світі та Україні (2 год)

1. Мета та завдання курсу.
2. Природа ВІЛ. Епідемія ВІЛ/СНІДу в різних країнах світу.
3. Шляхи передачі ВІЛ/СНІДу: ситуація в Україні та інших країнах.
Зв'язок між епідемією ВІЛ/СНІД та епідемією наркоспоживання.
4. Діагностика та сучасні підходи до лікування ВІЛ-інфекції.

Питання для самостійного опрацювання:

Політичні засоби впливу на епідемію ВІЛ/СНІДу.

Література (за номерами списку): основна 16, 19, 21, 24; додаткова 28, 33, 37, 41.

Семінар 1. Політика подолання епідемії ВІЛ/СНІДу у світі (2 год)

1. Політико-правова база боротьби з ВІЛ/СНІДом на міждержавному рівні.
2. Взаємозв'язок наркополітики та політики в сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в різних країнах світу. Моделі наркополітики.

Література: основна 7, 10, 23, 26; додаткова 14, 35.

РОЗДІЛ 2. ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ВІЛ/СНІДУ:
ОСНОВНІ ПІДХОДИ

Лекція 2. Основні підходи у сфері здійснення профілактики ВІЛ/СНІДу (2 год)

1. Здійснення поведінкових втручань з метою профілактики ВІЛ на індивідуальному та соціальному рівнях.
2. Особливості профілактики ВІЛ серед різних груп населення.
3. Зменшення шкоди як пріоритетна стратегія попередження ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин.
4. Використання програм замісної терапії у контексті профілактики ВІЛ/СНІДу.

Питання для самостійного опрацювання:

Основні принципи проведення інформаційних кампаній з профілактики ВІЛ та зміцнення здоров'я населення.

Література: основна 11, 14, 19, 24, 26; додаткова 3, 30.

Семінар 2. Поведінкові втручання з метою формування безпечного щодо ВІЛ/СНІДу способу життя (2 год)

1. Теоретичні та методологічні підходи до змін ризикової поведінки на індивідуальному рівні. Модель Прочаски-ДіКліменті.
2. Структурні втручання, втручання на рівні оточення.
3. Політика поведінкової модифікації.
4. Етичні аспекти поведінкових втручань для профілактики ВІЛ.

Література: основна 19, 21, 24; додаткова 3, 5.

Семінар 3. Профілактика ВІЛ серед різних груп населення. Економічні аспекти профілактичних програм (2 год)

1. Профілактика ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин та працівників секс-бізнесу.
2. Профілактика ВІЛ серед молоді та підлітків.
3. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ.
4. Роль лікарів, сім'ї, можливості профілактики на робочому місці. Процеси профілактичної комунікації та соціального маркетингу.
5. Економічні аспекти профілактичних програм. Оцінювання профілактичного втручання.

Література: основна 2, 11, 19, 21, 24; додаткова 3.

Семінар 4. Зменшення шкоди як пріоритетна стратегія профілактики ВІЛ/СНІДу в «закритих» групах (споживачі ін'єкційних наркотичних речовин, працівники секс-бізнесу, ув'язнені) (2 год)

1. Зміст та значення стратегії зменшення шкоди у профілактиці ВІЛ/СНІДу.
2. Особливості використання замісних програм для профілактики ВІЛ/СНІДу: міжнародний та український досвід.
3. Використання підходу «рівний – рівному».
4. Політичне забезпечення стратегії зменшення шкоди.
5. Погляди й оцінки стратегії різними колами суспільства.

Література: основна 10, 11, 14, 19, 24; додаткова 3, 27.

РОЗДІЛ 3. ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА
ВІЛ-ПОЗИТИВНИМИ ТА ХВОРИМИ НА СНІД ЛЮДЬМИ

Лекція 3. Система догляду та лікування ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей (2 год)

1. Мережа медичних та соціальних служб для людей з ВІЛ/СНІДом.
2. Методи соціально-психологічної підтримки і реабілітації людей з ВІЛ/СНІДом.

3. Програми догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми: економічні аспекти.

Питання для самостійного опрацювання:

Забезпечення якості послуг з попередження ВІЛ та догляду за хворими на СНІД.

Залучення волонтерів до роботи з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Література: основна 1, 2, 5, 10, 17, 20, 21; додаткова 5, 20, 25, 35, 36, 39, 40.

Семінар 5. Організація підтримки і реабілітації людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (2 год)

1. Догляд у громаді за людьми з ВІЛ/СНІДом і споживачами ін'єкційних наркотиків.
2. Модель громадського центру комплексної допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Питання для самостійного опрацювання:

Ролі соціальних працівників у громаді та методи організації догляду в громаді за людьми з ВІЛ/СНІДом і споживачами ін'єкційних наркотиків.

Література: основна 10, 18, 22, 27, 31; додаткова 6, 19, 25, 26.

Семінар 6. Психосоціальна підтримка людей, яких зачепила проблема ВІЛ/СНІДу (2 год)

1. Дотестове та післятестове консультування.
2. Групи самопомоги для людей з ВІЛ.
3. Робота з родичами та близькими ВІЛ-інфікованих людей.
4. Представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІДом. Медіа-представництво.

Питання для самостійного опрацювання:

Групи само/взаємодопомоги для близьких і родичів ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей: принципи і правила роботи.

Література: основна 1, 5, 17, 20, 21; додаткова 4, 13, 16, 19, 20, 24, 25, 26, 35, 40.

Семінар 7. Лікування людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом (2 год)

1. Проблеми впровадження контрольованої АРВ-терапії.

2. Прихильність до АРВ-терапії. Шляхи та методи впровадження прихильності до АРВ-терапії.
3. Взаємозв'язок між АРВ-терапією і замісною терапією.
4. Лікування і профілактика опортуністичних захворювань.
5. Організація роботи мультидисциплінарної команди.

Питання для самостійного опрацювання:

Реабілітаційні програми для осіб із подвійним діагнозом – ВІЛ/СНІД і наркоманія.

Література: основна 4, 10, 13, 15, 21, 29; додаткова 1, 2, 7, 12, 14, 17, 19, 26, 34, 42.

РОЗДІЛ 4. ДОСВІД УКРАЇНИ В ПОДОЛАННІ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДу

Лекція 4. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу для України (2 год)

1. Вплив пандемії ВІЛ/СНІДу на економіку та соціальну сферу України.
2. Демографічні та соціально-економічні характеристики людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.
3. Система соціальної підтримки та соціального захисту в Україні в контексті поширення ВІЛ/СНІДу.

Література: основна 3, 21, 28; додаткова 9, 10, 15, 29, 43.

Семінар 8. Чинники формування державної політики в сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу (2 год)

1. Інформованість політиків стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу та шляхів її вирішення.
2. Ставлення суспільства до проблеми ВІЛ/СНІДу та людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Дискримінація та стигматизація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні. Роль ЗМІ у формуванні ставлення до людей з ВІЛ/СНІДом.

3. Уявлення політиків стосовно шляхів національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу.

Питання для самостійного опрацювання:

Аналіз ролі впливових структур у процесі формування національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу.

Література: основна 3, 23, 33; додаткова 15, 21.

Семінар 9. Політико-правова база України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом (2 год)

1. Політична стратегія України на шляху подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.
2. Законодавство України у сфері ВІЛ/СНІДу.
3. Права людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, їх близьких та родичів, медиків.

Література: основна 1, 8, 9, 12, 28, 30; додаткова 8, 11.

Семінар 10. Профілактичні програми у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні (2 год)

1. Місце профілактичних програм у стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.
2. Доступні ресурси для втілення профілактичних програм в Україні. Оцінка ефективності профілактичних програм.
3. Ресурси та політичні можливості ефективної національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні. Перспективи розвитку програм зменшення шкоди.

Питання для самостійного опрацювання:

Міжнародний досвід подолання епідемії ВІЛ/СНІДу: ідеї для України.

Література: основна 3, 6, 26, 32; додаткова 23, 31, 32.

ЛІТЕРАТУРА ДО КУРСУ

ОСНОВНА

1. Адвокация: Метод. рекомендации. – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2005. – 148 с.
2. Аналіз економічної ефективності проектів з профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2003. – 99 с.
3. Бега А., Реміга О., Шевляков І., Толопіло А. Стратегія зменшення шкоди від вживання наркотиків як пріоритет у політиці профілактики ВІЛ/СНІДу // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. – № 2. – С. 5–27.
4. Богдан Д., Нахасєва О. Досвід діяльності ВІЛ-сервісних організацій України у формуванні прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. – № 2. – С. 94–105.
5. Введення у соціальну роботу: Навч. посібник / Т. В. Семігіна та ін. – К.: Фенікс, 2001. – С. 214–219.
6. ВІЛ/СНІД та ін'єкційне вживання наркотиків: пропозиції щодо забезпечення більшої ефективності профілактичних програм. Послання до політиків, урядовців, усіх осіб, причетних до прийняття відповідальних рішень. – К., 2005. – 36 с.
7. Декларація ООН щодо прихильності справі боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу. – Доступна з: <http://www.un.org>.
8. Дешко Т. та ін. Права ВІЛ-позитивних людей і доступність для них послуг // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. – № 1. – С. 31–51.
9. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: Навч. посібник / М. Л. Аряєв та ін. – К.: Кобза, 2003.
10. Доклад о развитии глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. – ООН, 2002.
11. Ефективні форми роботи з попередження епідемії ВІЛ/СНІДу серед дітей та молоді. – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді; Український ін-т соціальних досліджень, 2002. – 149 с.
12. Закон України «Про запобігання захворюванню на СНІД і соціальний захист населення».
13. Заместительная терапия. – Доступно з: http://afew.org/russian/hr_subst.php.

14. Замісна терапія: Аналітичний огляд. – К.: Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2004. – 16 с.
15. *Иванец Н. Н., Альтигулер В. Б.* Заместительная терапия наркомании метадонем и другими опиоидными наркотиками: происхождение, суть и тенденции. – Доступно з: http://www.narkotiki.ru/expert_5807.html.
16. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. – К.: МОЗ України, 2003. – 168 с.
17. Консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД. – Доступно з: <http://www.narcs.by/docs/konsultirovanie-po-vich.doc>.
18. *Кошикова А.* Громадські центри як модель роботи з ВІЛ-позитивними людьми // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. – № 2.
19. Кращі практики у вирішенні проблем наркоманії та ВІЛ/СНІД: досвід України та Польщі / За ред. Б. П. Лазаренко, Р. М. Ліщука – К.: 2004. – 92 с.
20. *Литвиненко В.* Основы самопомощи. – Полтава, 2003. – 212 с.
21. Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных / Ред. Е. Пурик. – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. – 527 с.
22. *МакКаллум Л.* Уход на дому за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом // Предоставление лечения и помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков / СПИД Фонд Восток–Запад. – 2003.
23. Непреднамеренные последствия: Антинаркотическая политика способствует развитию эпидемии ВИЧ-инфекции в России и Украине / К. Малиновська-Семпрук и др. – Нью-Йорк, 2003.
24. Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД / Л. Амджадін та ін. – К.: Центр соціальних експертиз Ін-ту соціології НАН України, 2005. – 172 с.
25. Організація комплексного догляду та підтримки для ВІЛ-позитивних людей на базі громадських центрів: Метод. посібник / За ред. Т. Семигіної. – К., 2005. – 127 с.
26. Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О. М. Балакірева та ін. – К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003. – 230 с.
27. *Пінчук І., Дубініна І.* Профілактика ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків: спільні зусилля Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді й інших організацій // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. – № 2. – С. 83–92.
28. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-ін-

- фекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки» від 4 березня 2004 року № 264.
29. Предоставление лечения и помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков: Сборник статей / СПИД Фонд Восток–Запад. – К., 2003.
 30. *Рудий В. М.* Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом: Сучасний стан та шляхи вдосконалення. – К.: Сфера, 2003. – 178 с.
 31. *Семигіна Т. В.* Робота в громаді: практика й політика. – К.: КМ Академія, 2004. – 180 с.
 32. Стандарти соціальних послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні: Передумови та перспективи / Упор. В. Сановська, М. Микитюк. – К.: Києво-Могилянська академія, 2005. – 128 с.
 33. Чинники формування державної політики з ВІЛ/СНІД в Україні. Аналітичний звіт за результатами опитування посадовців різних рівнів. – К., 2005. – 83 с.

ДОДАТКОВА

1. АРВ-терапія для потребителів ін'єкційних наркотиків: ключеві факти об ефективності лікування ВИЧ-інфекції, SOROS. – Доступно з: <http://afew.org/russian/cure.php>.
2. *Белобородов В. Б.* Высокоактивная антиретровирусная терапия. – Доступно з: http://www.consilium-medicum.com/media/infektion/00_02/51.shtml.
3. *Богдан Д. З., Філь С. С.* Вулична соціальна робота як метод профілактики ВІЛ / СНІДу // Магістеріум. – Вип. 15. Соціальна робота і охорона здоров'я. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004.
4. *Бойко А.* Соціальна робота з клієнтами із залежністю від психоактивних речовин // Соціальна політика і соціальна робота. – 2001. – № 1. – С. 73–79.
5. *Бойко А. М.* Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією та СНІДом // Соціальна політика та соціальна робота. – 2001. – № 2. – С. 54–60.
6. *Бородкина О. И.* Социальная работа с ВИЧ-инфицированными // ВИЧ/СПИД и родственные проблемы. – 2001. – Т. 5. – № 2. – С. 105–110.
7. В чем заключается лечение оппортунистических инфекций? – Доступно з: http://www.pagespid.altnet.ru/index.php?pg=spid_treatment.

8. ВІЛ/СНІД: правові та нормативні акти. – Л.: Простір М, 2003.
9. Вплив ВІЛ/СНІД на російську економіку. – Доступно з: [http://wbln0018.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/0/28367598bba44b2b85256da3004ecee9/\\$FILE/Averting%20AIDS%20Ukrainian.doc](http://wbln0018.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/0/28367598bba44b2b85256da3004ecee9/$FILE/Averting%20AIDS%20Ukrainian.doc).
10. Діяльність Міжнародної організації праці у сфері ВІЛ/СНІДу. – Доступно з: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/languages/codeukraine.pdf>.
11. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: Навч. посібник / М. Л. Аряєв та ін. – К.: Кобза, 2003.
12. Доклад о развитии глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. – 2000.
13. Доступность АРВ-терапии для потребителей инъекционных наркотиков: ключевые факты / SOROS. – Доступно з: <http://afew.org/russian/cure.php>.
14. Дотестовое консультирование при назначении анализа на ВИЧ. – Доступно з: http://www.healthyrussia.ru/images/vich_listovka_doposle_7.pdf.
15. Изменить ход истории: Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире в 2004 г. – Доступно з: <http://www.un.org/russian/aids/who04/survey.htm>.
16. Кисельова Ю. СНІД в Україні: між статистикою та діями. – Доступно з: http://www.intellect.org.ua/index.php?lang=u&material_id=33635&theme_id=7234.
17. Коммуникация и консультирование в области ВИЧ. Пособие для участников тренинга. – М., 2005. – С. 30. – Доступно з: http://www.healthyrussia.ru/images/MANUAL_SHORT.pdf.
18. Кравченко А. В. Антиретровирусная терапия взрослых, инфицированных ВИЧ / Федеральный научно-методический центр Минздрава России по профилактике и борьбе со СПИДом. – Доступно з: http://www.roche.ru/pdf/med_kafedra_12_2002.pdf.
19. Лікування і регулярне обстеження. – Доступно з: <http://avante.aids.ua/hvoroby.html>.
20. Мак Каллум Л., Барроуз Д. Немедицинский уход и психологическая поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИД в Украине. – Доступно з: <http://public.org.ua/ukrn/index.htm>.
21. Марков І., Антоняк С., Гуськов Д. Досвід вивчення соціальних проблем та потреб ВІЛ-інфікованих людей в Україні // Соціальна політика і соціальна робота. – 1997. – № 1. – С. 56–66.
22. Медіа-іміджі ВІЛ/СНІДу в Україні / За ред. Т. Семигіної. – К.: Києво-Могилянська академія, 2005. – 124 с.

23. Моніторинг епідемії ВІЛ/СНІДу. Оцінка ефективності протидії: Соціальний аспект / Відп. ред. Ю. І. Саєнко. – К.: Фоліант, 2004. – 416 с.
24. Москаленко В. Ф. Аналіз сучасної ситуації щодо контролю та подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні // Медичний всесвіт. – 2003. – № 1. – Т. 3.
25. О группах взаимопомощи. – Доступно з: <http://www.helpme.com.ua/ru/catalog/cid.14/default.html>.
26. Общественный Центр по предоставлению комплексных услуг для ЛЖВ. – Доступно з: http://www.aids.ua/_partner/community_center.html.
27. Основные принципы лечения и помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом / ВОЗ, ООН-СПИД. – 2000. – 37 с.
28. Оценка эффективности проектов «Снижения вреда» в Украине / О. Балакриева и др. – К., 2002. – 51 с.
29. Підгірна Н. Сьогодні світ відзначає День солідарності з ВІЛ-позитивними людьми // Україна молода. – 2005. – 1 грудня. – Доступно з: <http://www.umoloda.kiev.ua/number/565/218/20439>.
30. Посібник для підприємств, орієнтований на керівників і профспілкових лідерів: Програми та політика щодо ВІЛ/СНІДу. – Доступно з: http://www.smartwork.org/pubs/pdf/ua/module1_ukr.pdf.
31. Профілактика ВІЛ/СНІДу на робочих місцях: Звіт проекту СТАРТ в Україні за 2004 рік / Проект СМАРТ Академії сприяння освіті. – Вип. 2. – 11 с.
32. Профілактика ВІЛ/СНІДу у вищих навчальних закладах: Метод. рекомендації з удосконалення галузевих стандартів вищої освіти, підручників та посібників, навчальних планів і програм. – К.: Ніка-Центр, 2004. – 32 с.
33. Профілактика ВІЛ/СНІДу у загальноосвітніх та професійно-технічних навчальних закладах: Методичні рекомендації з удосконалення навчальних планів і програм, підручників, посібників, методичних матеріалів. – К.: Ніка-Центр, 2004. – 104 с.
34. Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2004 г. / UNAIDS, WHO. – Доступно з: http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_ru/Epi04_00_ru.htm.
35. Расширение масштабов антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов / ВООЗ, 2003. – Доступно з: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/scalinguprevisionru.pdf.
36. Рекомендации по проведению добровольного обследования населения на наличие антител к ВИЧ // Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию. – М., 1998.

37. Розуміння соціального та економічного впливу ВІЛ та СНІД в країні. – К., 2003.
38. Русскоязычный портал о ВИЧ/СПИДе. – Доступно з: <<http://www.aids.ru/lechenie/azt.html>>.
39. Трофимов В. Антиретровирусная терапия в России. Краткий обзор. – Доступно з: <http://afew.org/russian/med/01med.php>.
40. Україна та ВІЛ/СНІД: Час діяти. Звіт про людський розвиток в Україні. – К., 2003.
41. Уход, лечение и поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИДом: Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИД. – 2002.
42. Факти про СНІД. – Доступно на сайті «Проти СНІДу»: <http://vn.iatp.org.ua/AIDS/aids/fakts.htm>.
43. Формирование приверженности: Опыт организации «Врачи без границ». – Л., 2005.
44. Щорічний звіт за 2004 за проектом /The SMARTWork – Ukraine. – Доступно з: http://www.smartwork.org/programs/pdf/ua04report_ua.pdf.

МАТЕРІАЛИ ДО ЗАНЯТЬ

Лекція 1. Епідеміологічна ситуація стосовно ВІЛ/СНІДу у світі та Україні (2 год)

1. Мета та завдання курсу

Метою курсу є знайомство з підходами до профілактики поширення епідемії ВІЛ/СНІДу, догляду та лікування людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом, формування та впровадження політики щодо ВІЛ/СНІДу. Важлива складова курсу – розгляд філософії та стратегії впровадження політики зменшення шкоди від вживання наркотичних речовин.

Завдання курсу полягають у тому, щоб висвітлити загальні питання й аспекти проблеми ВІЛ/СНІДу; розкрити основні підходи й особливості профілактики поширення ВІЛ/СНІДу; висвітлити питання лікування та догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми; розкрити досвід України в подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу. Курс озброює студентів аналітичним інструментом для впровадження комплексного підходу до роботи з ВІЛ-позитивними людьми, здійснення відповідних політичних втручань.

Курс передбачає активну участь студентів у семінарах, застосування інтерактивних методів навчання, виконання дослідницької роботи.

2. Природа ВІЛ. Епідемія ВІЛ/СНІДу в різних країнах світу

Збудник ВІЛ-інфекції – вірус імунодефіциту людини, що належить до родини ретровірусів та підродини лентівірусів. Лентівіруси викликають хронічні інфекції з тривалим латентним періодом, прогресуючим перебігом, постійним розмноженням збудника (персистуючою репродукцією) та ураженням центральної нервової системи. Належність ВІЛ до родини рет-

ровірусів дала назву групі лікарських препаратів, які діють на цей вірус, – антиретровірусні (АРВ).

Вирізняють два різновиди вірусу – ВІЛ-1 та ВІЛ-2, які мають деякі відмінності у будові та властивостях. Майже усі відомі випадки ВІЛ-інфекції викликані ВІЛ-1. Виняток становить незначна кількість випадків, викликаних ВІЛ-2, що виявлені в Західній Африці. ВІЛ-2 передається не так легко, як ВІЛ-1, зокрема, він рідко передається від матері до дитини. Для ВІЛ-2 властиві нижчі темпи руйнування імунної системи та повільніше наростання клінічних проявів імунодефіциту.

Варто також відзначити, що ВІЛ вирізняється надзвичайною генетичною мінливістю, яка дає змогу вірусові виживати в умовах зміни середовища. Це, зокрема, означає, що у процесі розмноження за рахунок мутацій утворюються покоління вірусів, не чутливих до дії певних лікарських препаратів. Це також одна з основних причин того, що досі не вдалося розробити ефективну вакцину проти ВІЛ.

ВІЛ пристосований до існування у організмі людини. При цьому розмножуватись він може лише у певних клітинах. За межами організму вірус виявляється доволі вразливим до дії найрізноманітніших факторів – високої температури, висушування, ультрафіолетових променів та широко застосовуваних засобів для дезінфекції, під впливом яких він втрачає свої інфекційні властивості. У зовнішньому середовищі при висушуванні клітин, інфікованих ВІЛ, вірус гине через кілька діб, при висушуванні плазми – через 7 днів. У рідкому середовищі при кімнатній температурі вірус зберігає активність протягом 15 днів. Водночас він виявляється стійким до заморожування (так, у замороженій плазмі крові він зберігається роками).

Віруси, зокрема й ВІЛ, мають досить просту будову. ВІЛ має подвійну оболонку. Зовнішній шар оболонки несе на своїй поверхні рецептори, тобто білкові структури, за допомогою яких вірус взаємодіє з об'єктами середовища, яке його оточує. Дві нитки РНК – одноланцюжкові молекули, на яких закодована уся інформація про будову та функції вірусу. За допомогою білків вірус «запускає» потрібні йому процеси у ході взаємодії з клітинами. З-поміж цих білків є набір ферментів, необхідний вірусу для створення його копій. Отже, жодних спеціальних органів розмноження ВІЛ не має, він навіть не може самостійно синтезувати білок. Це змушує вірус шукати клітини, які замість нього синтезуватимуть потрібні йому білки. Вірус проникне у таку клітину та змусить її синтезувати свої власні складові частини.

Вірус вибирає для виробництва його складових частин і продукції нових вірусних часточок клітини імунної системи, які зветься Т-лімфоцити, а саме – Т-хелпери (назва цих клітин походить від англ. help – допомагати). Це головна мішень для ВІЛ. Однак ВІЛ інфікує також окремі групи інших клітин імунної (моноцити, макрофаги) та центральної нервової системи. Ці додаткові клітини-мішені можуть існувати досить довго як резервуар ВІЛ в організмі людини. Закономірно виникає питання, яким чином ВІЛ розпізнає потрібні йому клітини серед розмаїття інших клітин організму? Відбувається це завдяки молекулам-рецепторам на поверхні оболонки вірусу. На поверхні клітин, які потрібно знайти вірусові, є рецептори, які підходять до його власних, наче ключ до замка. Ці молекули мають умовне позначення – CD4. Саме такі рецептори є на поверхні Т-хелперів – основної мішені ВІЛ. Клітини, які містять на своїй поверхні рецептор CD4, називають CD4-позитивними (CD4+).

ВІЛ знаходить клітини, на поверхні яких є рецептори, що оптимально підходять до його власних, і наближається впритул до клітини. Спеціальний фермент вірусу забезпечує злиття вірусної оболонки з оболонкою клітини-мішені. Як наслідок, вміст вірусної оболонки (нитки РНК та набір ферментів) потрапляє всередину клітини. Таким чином вірус приносить закодовану на РНК інформацію про себе та набір ферментів у клітину.

У інфікованій клітині утворюється величезна кількість вірусних частинок, здатних до інфікування наступних клітин. Зрілі вірусні частинки покидають інфіковану клітину та вирушають на пошуки нових CD4+ клітин. Інфіковані клітини після того, як їх покинуло нове покоління вірусів, не можуть виконувати свою функцію та швидко гинуть. Протягом деякого часу організм людини поновлює ряди загублених CD4+ клітин. Але настає момент, коли ресурси організму починають виснажуватись: популяція Т-хелперів зменшується (водночас кількість вірусних часточок, готових інфікувати нові клітини, збільшується). Тоді у роботі імунної системи людини починають відбуватися збої – розвивається імунодефіцит.

Суть цих збоїв полягає у тому, що виникає недостатність функцій, які виконують Т-хелпери (вони передають інформацію іншим групам імунних клітин про те, що в організм потрапили чужорідні об'єкти, наприклад бактерії чи грибки, які необхідно знищити. Вже інші групи імунних клітин відповідають за безпосереднє знищення «нападників». Без сигналу від Т-хелперів імунні клітини-«кіллери» не можуть відреагувати на появу в організмі потенційних збудників інфекцій. Коли зменшується популяція Т-хелперів, сигнал про необхідність знищити чужорідний об'єкт перестає надходити: недостатньо тих клітин, які мають цей сигнал передавати.

Організм людини постійно контактує із зовнішнім середовищем, багатим на збудників різноманітних інфекційних захворювань. В організмі людини мешкає певна кількість мікроорганізмів, розмноження яких контролюється імунною системою. Щойно імунна система людини слабшає, мікроорганізми намагаються використати організм людини як середовище та поживу для власного розмноження. Саме це й відбувається при прогресуванні ВІЛ-інфекції. Людина страждає від так званих «опортуністичних інфекцій» (назва від англ. opportunity – можливість, нагода). Це група інфекцій, які розвиваються лише у ослабленому організмі (вони чекають «нагоди», щоб почати активно розмножуватись). Чим меншою стає популяція CD4+ клітин, тим неконтрольніше розмножуються збудники опортуністичних інфекцій.

Імунна система людини відповідає також за контроль над розвитком пухлин. В організмі людини постійно утворюється деяка кількість атипичних клітин (які потенційно можуть дати початок розвитку пухлини). Імунна система їх так само постійно відстежує та знищує. При імунodefіциті порушується не лише контроль над потенційними збудниками інфекційних захворювань, а й за розвитком пухлин. З цієї причини на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції людина може страждати також від певних онкологічних захворювань (наприклад, пухлини системи крові). Відтак, упродовж усього періоду дії ВІЛ на організм людини відбувається значне зниження імунної функції організму, внаслідок чого починаючи від безсимптомної стадії та через поступове погіршення стану організму в людини розвивається СНІД, тобто термінальна стадія ВІЛ.

Незважаючи на різні факти та докази, зібрані вченими на користь різноманітних гіпотез, досі не сформувалось єдиної думки стосовно причин стрімкого поширення ВІЛ-інфекції наприкінці ХХ століття.

Слайд № 1

Основні події у розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу (1)

1979 – у США лікарі реєструють незвичайні імунні розлади у низки пацієнтів.

1982 – Американські федеральні центри з контролю захворюваності вносять до реєстру нове захворювання: синдром набутого імунodefіциту (СНІД).

1983 – у Франції та у США дві дослідницькі групи практично одночасно виділяють вірус, який було названо «вірус імунodefіциту людини».

1985 – встановлено, що ВІЛ передається через кров, сперму, вагінальний секрет та грудне молоко; у США затверджений перший тест для виявлення антитіл до ВІЛ (ІФА) та розпочаті клінічні випробування першого препарату для боротьби з ВІЛ-інфекцією Азидотимідин (АЗТ).

Прийнято вважати, що перші випадки СНІДу мали місце у США, на Гаїті та в Африці у середині 1970-х років. Але досі не встановлено точне походження захворювання. 1979 року лікарі Нью-Йорка та Лос-Анджелеса спостерігали рідкісну форму запалення легенів (пневмоцистну пневмонію), саркому Капоші (пухлинне захворювання, яке доти реєструвалось лише у людей похилого віку) у чоловіків-гомосексуалів. 1982 року було встановлено зв'язок передачі ВІЛ із переливанням крові, внутрішньовенним введенням наркотиків, статевими контактами. 1983 року у Франції дослідницька група Люка Монтаньє в Інституті ім. Пастера, а у США група Роберта Галло в Національному інституті охорони здоров'я виявили вірус. Низка досліджень засвідчила, що СНІД поширений поміж гетеросексуалів у країнах Африки.

1985 року запроваджено перший тест на виявлення антитіл до ВІЛ – імуноферментний аналіз (ІФА), який донині широко застосовують для діагностики ВІЛ-інфекції та тестування донорської крові. Тоді ж відбулась розробка першого антиретровірусного препарату, який на довгі роки став єдиною надією на продовження життя для хворих на СНІД.

Слайд № 2

Основні події у розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу (2)

1987 – у СРСР офіційно зареєстровано перший випадок СНІДу у громадянина країни.

1989 – у лікарнях Елісти, Волгограда та Ростова-на-Дону заражені ВІЛ 250 дітей. Шлях інфікування – медичні маніпуляції.

1990 – на світовому фармацевтичному ринку з'являються ще два препарати для лікування ВІЛ-інфекції.

1995 – стало можливим комбінування препаратів із різними механізмами дії, що суттєво підвищувало ефективність терапії. Спершу почали застосовувати комбінацію з двох препаратів (бітерапію), пізніше практика показала, що лише комбінація щонайменше трьох антиретровірусних препаратів (тритерапія) є достовірно ефективною.

Слайд № 3

Основні події у розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу (3)

1997 – у США реєструється зниження смертності від СНІДу, пов'язане із застосуванням нових методів лікування. ЮНЕЙДС розпочинає проєкт із забезпечення доступу до лікування ВІЛ-інфекції у країнах, що розвиваються.

2002–2004 – низка країн пострадянського простору отримує гранти від Глобального Фонду з профілактики СНІДу, туберкульозу та малярії, що суттєво розширило доступ до лікування ВІЛ-інфекції.

Широке застосування ефективних комбінацій антиретровірусних препаратів дало змогу зменшити смертність від СНІДу в країнах з високим рівнем доходів. Але більшість ВІЛ-позитивних людей мешкають у країнах, що розвиваються, а відтак – не мають доступу до антиретровірусної терапії та інших медичних послуг. Усвідомлення масштабів епідемії та її наслідків стимулювало міжнародну спільноту до започаткування та розвитку ініціатив з профілактики ВІЛ-інфекції, розширення доступу до діагностики, лікування та інших медичних і соціальних послуг.

Україна першою з країн СНД зіткнулась з епідемією ВІЛ-інфекції. На сьогодні вона є першою з європейських країн, яка досягнула 1 % рівня поширеності ВІЛ-інфекції. За даними ЮНЕЙДС, в Україні ВІЛ-інфіковані становлять біля 1,4 % відсотка дорослого населення.

3. Шляхи передачі ВІЛ/СНІДу: ситуація в Україні та інших країнах. Зв'язок між епідемією ВІЛ/СНІДу та епідемією наркоспоживання

Завдання № 1

Ця вправа спрямована на актуалізацію знань слухачів.

Питання для обговорення: Які шляхи передачі ВІЛ ви знаєте?

Варіанти, які пропонують учасники, викладач фіксує на дошці, при потребі деталізуючи чи перефразовуючи. Результати цього невеличкого мозкового штурму далі треба буде згрупувати у три пункти: 1) статевий; 2) парентеральний; 3) від матері до дитини. Тому зручніше буде відразу фіксувати пропозиції на дошці таким чином, щоб їх можна було наочно об'єднати за їхньою суттю.

Виділяють три основні шляхи передачі ВІЛ: **статевий; парентеральний; від інфікованої матері до дитини**. До парентерального належить передача ВІЛ при переливанні інфікованої крові та її препаратів, використанні контамінованого (забрудненого) ВІЛ медичного інструментарію та/або розчинів, у тому числі при ін'єкційному споживанні наркотиків, трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора, тощо; а до передачі від матері до дитини – інфікування під час вагітності та пологів (вертикальний шлях), а також під час вигодовування дитини грудним молоком від інфікованої матері (горизонтальний шлях).

Перші випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України зареєстровані у 1987 р. серед статевих партнерів ВІЛ-інфікованих іноземців. Так, уже наприкінці 1987 р. зареєстровано п'ять ВІЛ-позитивних жінок та одного чоловіка (співвідношення 5:1). Співвідношення ВІЛ-інфікованих жінок та чоловіків поступово вирівнювалось і у 1991 році становило вже 0,9:1. У

цей період зафіксовано три випадки інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків статевим шляхом. Це була перша стадія у розвитку епідемії.

Переломними у розвитку епідемії в Україні стали 1994-1995 рр.: у Миколаєві та Одесі зареєстрували два перші доведені випадки інфікування ін'єкційним шляхом. Саме з цього часу ведеться відлік другої стадії у розвитку епідемії – концентрованої. Назва стадії відображає зосередження (концентрацію) більшості випадків ВІЛ-інфекції у певній групі населення, а саме – у групі споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН).

На особливу увагу заслуговує динаміка змін кількості нових випадків ВІЛ-інфекції у 1998–1999 рр. У 1999 р. зафіксовано зменшення кількості офіційно зареєстрованих випадків інфікування. Це пов'язано не зі стабілізацією епідемічної ситуації в країні, а, найбільш ймовірно, зі скороченням обсягів тестування на ВІЛ. У 1998 ухвалено нову редакцію Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», згідно з яким обстеження на ВІЛ може проводитись лише за наявності згоди обстежуваного. Цього ж року скорочено фінансування на обстеження.

У 2001 р. випадки ВІЛ-інфекції реєструвались уже в усіх областях України. Однак розподіл кількості випадків ВІЛ-інфекції відзначався нерівномірністю. Найбільш ураженими виявились (і досі залишаються) південні та східні області країни.

Найважливішими з точки зору прогнозування розвитку епідемії в Україні є тенденції останніх років: поширення ВІЛ-інфекції із середовища СІН на загальне населення, збільшення частки передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом.

Завдання № 2

Ця вправа спрямована на те, щоб спонукати слухачів замислитися над сучасними тенденціями розвитку епідемії ВІЛ.

Питання для обговорення: Які тенденції у розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні за останні роки ви можете назвати? Чи відрізняються вони від розвитку епідемії у світі?

Викладач резюмує пропозиції слухачів і фіксує тенденції на дошці. Після цього він коментує і підтверджує фактами виявлені тенденції.

Загалом, фахівці виділяють такі **тенденції розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні**.

1. *Зберігаються високі темпи зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції*. Ці темпи становили 7 % у 2000 р., 13 % у 2001 р. та 25 % у 2002 р. Наприкінці 2004 р. офіційно зареєстровано понад 74 тис. випадків

виявлення ВІЛ-інфекції. На думку експертів ЮНЕЙДС, ці цифри значно занижують фактичний масштаб епідемії, оскільки вони відображають кількість випадків інфекції лише серед осіб, які встановили безпосередній контакт із органами та закладами, що проводять тестування. Інакше кажучи: значна частина людей, що живуть з ВІЛ, не знають про свій ВІЛ-статус, оскільки не проходили тестування на ВІЛ. За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, у 2005 р. щомісяця реєструвалось біля 1000 нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України. Станом на 1 липня 2005 р. за період з 1987 р. в Україні офіційно зареєстровано 81 560 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 81 240 громадян країни.

2. *Зростає роль статевого шляху передачі ВІЛ.* Зростання передачі ВІЛ статевим шляхом стає все більш важливим фактором розвитку епідемії ВІЛ в Україні. Усе частіше інфекція передається через незахищені сексуальні контакти між людьми, які не мають безпосереднього зв'язку зі споживачами ін'єкційних наркотиків. У 2003 р. майже 30 % нових випадків ВІЛ-інфекції були зумовлені гетеросексуальними контактами (майже утричі більше, ніж показник 11 %, зареєстрований у 1997 р.).

3. *Зростає частка жінок серед людей, які живуть з ВІЛ.* Зараз понад 40 % людей, які живуть з ВІЛ, становлять жінки, більша частина яких перебуває у розквіті репродуктивного віку.

4. *Дедалі більшого значення набуває питання профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.* За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, у першій половині 2005 р. 18,5 % від нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції – це випадки передачі вірусу від матері до дитини.

5. *Посилюються проблеми, пов'язані з необхідністю соціалізації дітей з ВІЛ-позитивним статусом.*

6. *Зберігає своє значення ін'єкційне вживання наркотиків як шлях передачі ВІЛ.*

7. *Зростає число ВІЛ-позитивних людей, які потребують лікування.*

Світові тенденції поширення ВІЛ/СНІДу. За даними ООН, щороку у світі від СНІДу помирає 3 млн людей, а ще 5 млн стають носіями хвороби. ООН застерігає, що впродовж наступних 20 років число хворих на СНІД та носіїв ВІЛ-інфекції може сягнути 70 млн осіб. Майже три чверті недужих мешкають у Африці. Проте, останнім часом хвороба швидко поширюється в азійських країнах. Складна ситуація і в сусідній із нами Росії. Там починаючи з 1998 р. інфікованих щороку стає вдвічі більше.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сьогодні у світі понад 50 млн осіб живуть з ВІЛ/СНІДом, причому більша частина з них (і майже 50 % – жінки) живуть в Африці.

Найнесприятливіша ситуація зберігається в Південно-Африканській Республіці, де ВІЛ інфіковано кожного дев'ятого жителя. Носіями ВІЛ-інфекції є 24,5 % вагітних жінок. У південноафриканських в'язницях щороку додається по 2 тис. інфікованих. Друге й третє місця в Африці посідають Кенія та Ефіопія (відповідно 2,7 і 2,6 млн). В Анголі офіційно зареєстровано понад 20 тис. хворих на СНІД. Однак Міністерство охорони здоров'я країни вважає, що справжнє число хворих сягає 50 тис. осіб.

Серед азійських країн «перше місце» посідає Індія (від 3 до 5 млн ВІЛ-інфікованих), в Південній Америці – Бразилія, де зареєстровано майже 600 тис. інфікованих, і щорічно до них додається ще майже 21 тис.

ВООЗ переконана, що для сповільнення епідемії в найбідніших країнах, необхідно розробити програми фінансової і гуманітарної допомоги, припинити війни, вести роз'яснювальну роботу серед населення. Виконання цих простих рекомендацій, вважають експерти, дасть змогу якщо не перемогти, то значно зменшити тяжкі наслідки хвороби.

За останні роки кількість ВІЛ-інфікованих у Східній Європі та Центральній Азії збільшилася майже на чверть. Лідерами серед шляхів передачі ВІЛ/СНІДу в цьому регіоні залишаються інфекційне користування наркотичними засобами та гомосексуальні контакти.

Водночас, за даними Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та ВООЗ, за останні кілька років знизився рівень поширеності ВІЛ-інфекції в Кенії, Зімбабве і деяких країнах Карибського регіону. Цю тенденцію пояснюють змінами у поведінці, оскільки більшість людей починає постійно використовувати презервативи, а вік першого сексуального контакту зростає.

4. Діагностика та сучасні підходи до лікування ВІЛ-інфекції

Завдання № 3

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо теми заняття.

Питання для обговорення: Яким чином виявляють ВІЛ-інфекцію у людини?

Для встановлення діагнозу «ВІЛ-інфекція» необхідне поєднання лабораторних аналізів та клінічне обстеження особи. Загалом, відомі дві групи лабораторних методів обстеження.

Слайд № 4

Групи тестів на ВІЛ

1. Засновані на виявленні антитіл до вірусу.
2. Засновані на виявленні часточок самого вірусу.

1. Тести, засновані на виявленні антитіл до вірусу (серологічні методи). До цієї групи тестів належить *імуноферментний аналіз* (ІФА, англ. – ELISA), скринінговий метод, що виявляє усі наявні антитіла до ВІЛ. Саме цей різновид тестів використовують для обстеження населення (йдеться про добровільне тестування, обстеження донорів крові чи тестування за клінічними показниками).

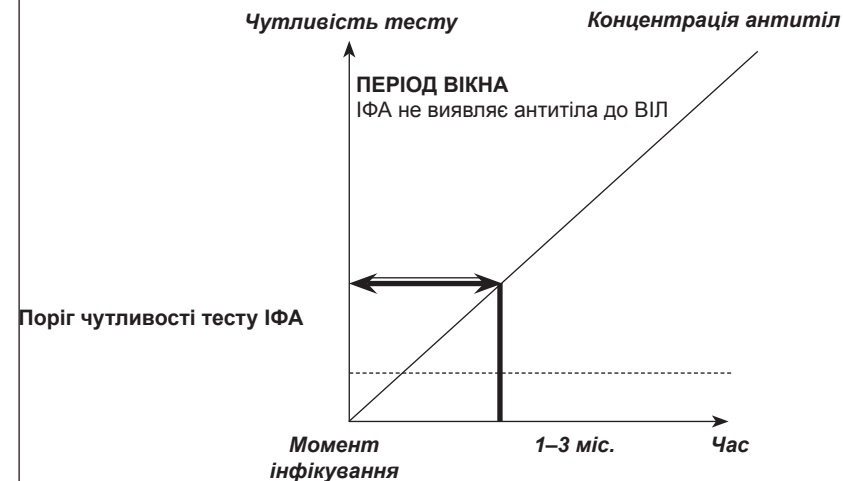
До цієї групи також належить *іmunний блотинг*, або *імуноблотинг*. Якщо метод ІФА сигналізує загалом про наявність антитіл до ВІЛ, то цей метод дає інформацію, до яких саме структур організм обстежуваного виробив антитіла (антитіла до оболонки вірусу, до структур, що перебувають всередині оболонки тощо, мають різну будову). У разі, коли імуноблотинг вказує на наявність антитіл відразу до кількох частин вірусу, то це буде точнішим доказом факту інфікування організму. Результат тесту вважають позитивним, якщо виявлено антитіла не менш як до трьох вірусних білків.

Кожен метод обстеження має свій *порог чутливості*. Так, для ІФА у досліджуваній крові має бути певна концентрація антитіл до ВІЛ, щоб цей тест дав позитивний результат. Отже, при дуже низькій концентрації антитіл тест ІФА дасть псевдонегативний результат. Це трапляється на двох етапах розвитку ВІЛ-інфекції: 1) на самому її початку, коли організм, щойно зіткнувшись із вірусом, ще не встиг синтезувати достатню кількість антитіл; 2) у кінцевій (термінальній) стадії, коли організм уже настільки виснажений хворобою, що не може підтримувати концентрацію антитіл на попередньому рівні.

Розгляньмо детальніше перший із цих етапів. З моменту інфікування ВІЛ минає певний час до того, як іmunною системою людини буде синтезовано достатньо антитіл, аби тест ІФА відреагував на них. Цей проміжок часу називають «період вікна» (повна назва «період сероконверсійного вік-

на»). Найчастіше він триває 1–3 місяці (зрідка до 6 міс.). Отже, якщо протестувати методом ІФА особу відразу після інфікування, то результат тесту буде негативним, хоча в її організмі вірус активно розмножуватиметься і матиме високу концентрацію (достатню для інфікування інших).

Слайд № 5
Період вікна



З-поміж інших обмежень цього методу варто відзначити те, що отриманий позитивний результат тесту ІФА не дає змоги відразу поставити діагноз «ВІЛ-інфекція». Він обов'язково перевіряється ще на кількох тест-системах ІФА. Навіть після цього позитивний результат потребує обов'язкового підтвердження іншим методом (для досягнення ще більшої точності).

При застосуванні методу ІФА все ж є доволі незначний ризик отримання псевдопозитивного результату (ймовірність менш ніж 1 %). Причиною можуть бути, зокрема, аутоіmunні захворювання, пухлинні захворювання системи крові, гострі та хронічні запальні процеси тощо.

Сумнівним вважають такий результат імуноблотингу, коли антитіла виявлено менш ніж до трьох білків вірусу. Такий результат потребує подальшого уточнення, з'ясування його можливих причин (наявність деяких захворювань запальної чи аутоіmunної природи; початок розвитку ВІЛ-

інфекції, коли антитіла лише почали синтезуватись, тощо). Наразі людина повинна бути обстежена повторно через три місяці.

2. Тести, засновані на виявленні часточок самого вірусу (окремих його білків, молекул його РНК чи ДНК). До цієї групи належить полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР, у російських джерелах – ПЦР, у англійських – PCR) та виявлення одного з білків, який входить до складу вірусу, – р24 (антигену «п24»).

Важливим показником при визначенні показань для подальшого призначення антиретровірусної терапії є визначення вірусного навантаження (кількості РНК у плазмі крові) методом ПЛР. Вірусне навантаження також систематично контролюють у ВІЛ-позитивних людей, що отримують лікування антиретровірусними препаратами, для оцінки його ефективності.

Цей метод має свій поріг чутливості – може виявляти наявність вірусу лише при певній його концентрації (зазвичай це 400 копій). Тому при дуже низькому вірусному навантаженні (це можливо, наприклад, при ефективному антиретровірусному лікуванні) він може дати негативний результат у обстежуваного, який насправді є інфікованим. Разом із тим, псевдопозитивні результати можуть виникати навіть при найменшому порушенні технології виконання тесту.

Після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції необхідно оцінити ступінь ураження нею імунної системи інфікованої людини. **Визначення кількості СД4+ лімфоцитів (Т-хелперів)** є одним із найбільш об'єктивних методів кількісної оцінки функції імунної системи у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Кількість СД4+ лімфоцитів також важливо знати при визначенні клінічної стадії ВІЛ-інфекції. Це є частиною класифікації ВІЛ-інфекції, розробленої Центром з контролю та профілактики захворювань. Кількість СД4+ лімфоцитів – важливий показник, що оцінюється при визначенні показань до призначення антиретровірусної терапії. Для оцінки ефективності антиретровірусної терапії здійснюється постійний систематичний контроль рівня СД4+ лімфоцитів.

Сучасним підходом для лікування ВІЛ-інфекції є використання низки спеціальних препаратів, що діють безпосередньо на ВІЛ. ВІЛ належить до родини ретровірусів, тому препарати, дія яких спрямована проти цього збудника, мають назву «антиретровірусні» (АРВ). Лікування, в основі якого лежить призначення таких препаратів, називається «антиретровірусна терапія» (АРТ або АРВ-терапія).

Антиретровірусна терапія – прийом специфічних препаратів, що діють на різні життєві стадії ВІЛ, не даючи йому розвиватися та розмножуватися. Антиретровірусна терапія не виліковує від ВІЛ-інфекції цілком, але поліпшує якість життя і дозволяє істотно призупинити розвиток захворювань, пов'язаних зі СНІДом, та подовжити тривалість життя.

Семінар 1. Політика подолання епідемії ВІЛ/СНІДу у світі (2 год)

1. Політико-правова база боротьби з ВІЛ/СНІДом на міждержавному рівні

Завдання № 1

Ця вправа орієнтована на актуалізацію знань стосовно міждержавної політико-правової бази в сфері ВІЛ/СНІДу.

Запропонувати слухачам курсу в режимі мозкового штурму назвати основні наднаціональні (міжнародні) документи, які регулюють сферу ВІЛ/СНІДу.

2001 року Генеральна Асамблея ООН ухвалила **Декларацію щодо прихильності справі боротьби з ВІЛ/СНІДом**. Цей документ передбачає досягнення серйозного прогресу в забезпеченні всебічних послуг та догляду. У рамках послідовних дій з виконання положень цієї декларації Секретаріат ЮНЕЙДС (UNAIDS) спільно з іншими організаціями розробили низку глобальних, національних та регіональних показників для вимірювання досягнутого в світі прогресу з виконання цієї декларації.

2003 року 103 країни – члени ООН представили в ЮНЕЙДС звіти стосовно ходу роботи з протидії епідемії, на основі яких здійснене всебічне оцінювання глобальних, національних та регіональних заходів. Метою звіту UNAIDS було сприяння формуванню ще більшої прихильності справі досягнення цілей Декларації ООН, прийнятої 2001 року.

Завдання № 2

Ця вправа орієнтована на розширення уявлень слухачів курсу стосовно основних аспектів ВІЛ/СНІДу, які повинні регулюватись на міждержавному рівні.

Запропонувати слухачам курсу в підгрупах обговорити структуру Декларації щодо прихильності справі боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу з позиції вичерпності чи недостатності охоплення питань, які регулюються цим документом.

У Всесвітній день боротьби зі СНІДом 2003 року ВООЗ зробила важливий крок, оголосивши про початок ініціативи «**Забезпечити лікуванням 3 мільйони людей до 2005 року: добитись результатів**» («3 до 5»). Завдяки цій ініціативі у світі сьогодні наявні: безпрецедентна воля; безпрецедентні ресурси для фінансування лікування, догляду і підтримки; безпрецедентно доступна ціна на ліки і засоби діагностики. Незважаючи на ці надзвичайно сприятливі умови, доступ антиретровірусного лікування і догляду за хворими з іншими захворюваннями, викликаними ВІЛ, залишається надзвичайно обмеженим.

2. Взаємозв'язок наркополітики та політики в сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в різних країнах світу.

Моделі наркополітики

Завдання № 3

Ця вправа має на меті перевірити знання студентами основних моделей наркополітики та їх взаємозв'язку з епідемією ВІЛ.

1. Запропонувати слухачам охарактеризувати основні моделі наркополітики, що сформувались у різних країнах світу, а також обговорити, які умови вони створюють для профілактики поширення ВІЛ.

2. Запропонувати слухачам об'єднатись у три підгрупи і обговорити переваги та недоліки різних моделей наркополітики: «скорочення поставок», «зменшення попиту», «зменшення шкоди».

Після Другої світової війни розвинуті індустріальні країни стали свідками різкого збільшення споживання наркотичних речовин. У відповідь на це явище була сформована **політика «скорочення поставок»**, метою якої було посилення контролю з боку поліцейської та митної служб і розширення мережі пенітенціарної системи. Однак, незважаючи на всі докладені зусилля, вживання наркотичних речовин в розвинутих країнах світу продовжувало поширюватись. До початку 1980-х років стало очевидно, що поставка, переробка і контрабанда наркотичних речовин є лише одним з багатьох аспектів проблеми. Дослідження засвідчили, що попит на наркотичні речовини продовжує зростати в багатьох країнах світу.

Визначення необхідності скорочення вживання наркотичних речовин призвело до створення нової **стратегії «зниження попиту»**. 1990 року ВООЗ у своїй програмі з наркоманії наголошує на тому, що тільки спільна об'єднана діяльність закладів охорони здоров'я, освіти, поліції та митної служби може досягнути вагоміших результатів у розв'язанні цієї пробле-

ми. Робота в рамках цієї програми ВООЗ в основному зосереджувалась на профілактиці вживання наркотичних речовин (робота в школах, інформаційні кампанії в ЗМІ, робота з молодіжними групами поза навчальними закладами) та на лікуванні й реабілітації. Але й ця стратегія виявилась недосконалою, вона не брала до уваги інтереси цільової групи, а нав'язувала їм власні цілі, тому не змогла охопити велику частину цільової аудиторії. Таким чином, чимало споживачів наркотичних речовин все ще не були залучені до програм лікування. Крім того, слід враховувати той факт, що лікування мало впливає на поширення наркоманії, оскільки багато споживачів наркотичних речовин ще не готові до змін, а ті, які спробували пройти курс лікування, в 95–97 % випадків переживають рецидиви. Тому з часом акцент в роботі зі споживачами психоактивних речовин почав зміщуватись, поштовхом для змін в стратегії боротьби з наркоманією стала епідемія ВІЛ-інфекції.

З початком поширення епідемії ВІЛ перед службами охорони здоров'я постала потреба у виконанні наступних завдань:

- проведення інформаційної та освітньої роботи серед споживачів наркотичних речовин, спрямованої на якнайповніше донесення інформації стосовно ризиків інфікування та методів профілактики;

- проведення консультаційної роботи, спрямованої на таку зміну поведінки споживачів наркотичних речовин, яка дасть змогу захистити себе та своїх близьких;

- забезпечення профілактичними засобами: стерильними шприцами, презервативами тощо.

Однак досягнення цих цілей виявилось складним завданням для служб охорони здоров'я в усьому світі. Проблема полягає в тому, що зазвичай донесення інформації про здоров'я обмежується тією частиною цільової групи, що відвідує медичні заклади. Основна ж частина цільової групи є «закритою». Це насамперед пов'язано з політичними та правовими проблемами. Наразі споживання наркотичних речовин неможливе без їх придбання та зберігання, а така діяльність в більшості країн вважається протизаконною. Таким чином, вступаючи в будь-який контакт з представниками офіційних структур, в тому числі і медичних, споживачі наркотичних речовин ризикують бути покараними за свою діяльність.

Проте коли мова йде про профілактику ВІЛ-інфекції, стає очевидним: група споживачів наркотичних речовин не може лишатись поза увагою. Тому на сьогодні ВООЗ сформувала власну позицію щодо адекватної про-

філактики ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотичних речовин, яка повинна включати послідовні та узгоджені зусилля в таких напрямках, як:

1) навчання та інформування споживачів наркотичних речовин та їхнього найближчого соціального оточення стосовно можливої шкоди та безпечніших шляхів вживання психоактивних речовин; інформування громадськості з метою уникнення стигматизації щодо групи ризику шляхом навчання представників ЗМІ, медичного персоналу та соціальних працівників;

2) забезпечення доступності послуг медичних та соціальних служб, зокрема, усунення таких перешкод, як розташування організації у віддалених місцях, бюрократизованість процедури надання послуг (особливо в кризових ситуаціях), надто високі ціни, упереджене ставлення чи недостатність компетенції з боку персоналу, мовні чи культурні бар'єри і т. ін. Усі ці перешкоди мають бути мінімізовані, щоб забезпечити якісні та доступні послуги на початкових фазах;

3) налагодження контактів з цільовою групою методом вуличної (аут-річ) роботи. Ін'єкційний споживач наркотичних речовин може не знати чи заперечувати проблеми, пов'язані з вживанням наркотичних речовин і, відповідно, бути мало мотивованим до пошуку допомоги. Аут-річ стратегія передбачає неупереджене ставлення та високий рівень довіри в стосунках з клієнтом. Проте цей напрям може функціонувати ефективно лише за умови офіційного визнання;

4) забезпечення стерильним ін'єкційним інструментарієм та дезінфікуючими засобами. Оскільки за короткий термін неможливо переконати споживачів наркотичних речовин припинити вживання, потрібно розробляти стратегії, спрямовані на обмеження розповсюдження ВІЛ-інфекції. Крім того, обмін шприців дає змогу налагодити взаємодію зі споживачами і забезпечує канал для інформування, навчання та консультування;

5) забезпечення замісної (метадонової) терапії. Така терапія під наглядом медиків зменшує ризик передачі ВІЛ-інфекції, ризик передозування, скорочує частоту вживання наркотичних речовин, покращує фізичне, психічне та соціальне функціонування, залучає споживачів наркотичних речовин до лікувальних програм.

Отже, у зв'язку з загрозою епідемії ВІЛ-інфекції в ряді країн з'явилась потреба розробити ефективні превентивні моделі, які були б привабливі для споживачів наркотичних речовин і відповідали б їх реальним потребам та інтересам. У процесі пошуку ефективних методів профілактики, дослід-

ники дійшли висновку, що для зупинення епідемії ВІЛ-інфекції необхідна трьохсхдова стратегія: 1) профілактика зловживання наркотичними речовинами; 2) полегшення доступу до лікування залежності; 3) здійснення роботи із залучення людей, що зловживають наркотичними речовинами, до профілактики ВІЛ-інфекції, що захистить їх самих, їхніх партнерів і близьких від загрози ВІЛ і може призвести до усвідомлення необхідності лікування. Ця стратегія дістала назву «зменшення шкоди».

Лекція 2. Основні підходи у сфері здійснення профілактики ВІЛ/СНІДу (2 год)

1. Здійснення поведінкових втручань з метою профілактики ВІЛ на індивідуальному та соціальному рівнях

Завдання № 1

Ця вправа призначена для актуалізації знань щодо теми заняття.

Студенти мають висловити свої думки стосовно того, які саме методи профілактики ВІЛ, на їхню думку, є найбільш ефективними.

Здійснювати поведінкові втручання з метою профілактики ВІЛ можна на індивідуальному та соціальному рівнях.

Індивідуальна робота, тобто робота на мікрорівні, може проводитися як з однією людиною (клієнтом), так і з її найближчим оточенням.

Робота на соціальному рівні передбачає здійснення впливу на макrorівні. Вона спрямована на широкі групи населення і здійснюється через проведення різноманітних акцій, найчастіше інформаційних та просвітницьких кампаній, використання соціальної реклами та ЗМІ.

Слайд № 1

На індивідуальному рівні застосовують такі види втручань:

- надання інформації (у різноманітному вигляді: друковані, аудіо-, відеоматеріали);
- проведення тематичних занять (тренінгів, семінарів, лекцій – як для цільових груп, так і для широкого населення);
- залучення лідерів із середовища цільової групи до навчання й подальшого впливу на цільову групу (підхід «рівний – рівному»);

– проведення втручання за стратегією зменшення шкоди (серед осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом);
– запровадження замісної терапії (для осіб, які мають опіоїдну залежність).

Загалом, використання певного виду втручання залежить від цільової групи осіб та від конкретної життєвої ситуації клієнта.

Слайд № 2

Втручання на соціальному рівні найчастіше спрямовані на:

– надання інформації та розвінчання деяких суспільних стереотипів щодо ВІЛ/СНІДу (наприклад, пояснення, що з ВІЛ можна жити; показ можливості АРВ-терапії; висвітлення «успішних» історій із життя ВІЛ-позитивних людей; пояснення шляхів передачі ВІЛ тощо);
– безпосереднє формування безпечної поведінки (практика безпечного сексу; уникання контакту крові з інфікованою кров'ю, зокрема, використання стерильного інструментарію під час ін'єкцій; профілактика вертикальної трансмісії, тобто передачі ВІЛ від матері до дитини);
– формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб (боротьба зі стигматизацією та дискримінацією ВІЛ-позитивних людей; висвітлення потреби ВІЛ-позитивних людей у догляді та підтримці).

При проведенні поведінкових втручань на соціальному рівні важливу роль відіграють засоби масової інформації, що мають потужний потенціал у формуванні ставлення суспільства до певної проблеми, зокрема, такої, до якої ще не сформувалося остаточне ставлення і до якої можна віднести проблему ВІЛ/СНІДу.

Можна використовувати такі форми та методи роботи: публікації (книги, статті, електронні тощо) та добірки спеціальної літератури; плакати, листівки, буклети; документальні та художні фільми; музичні концерти та фестивалі; інформаційні стенди в місцях загального користування (лікарнях, школах, транспорті), серії теле- та радіопередач за даною тематикою, рубрики у газетах та журналах, різноманітну тематичну рекламу.

2. Особливості профілактики ВІЛ серед різних груп населення

Загалом, з метою профілактики ВІЛ/СНІДу всі групи населення потребують надійної та перевіреної інформації стосовно цієї проблеми. Водночас, певні групи осіб з тих чи інших причин є особливо вразливими щодо інфікування або ж потребують специфічної, конкретної інформації.

Підлітки / молодь. У процесі роботи з підлітками / молоддю потрібно брати до уваги їхні вікові психологічні особливості. Відтак, найкращими видами профілактичного втручання у цій групі є надання інформації та проведення тематичних занять, зокрема тренінгів, а також робота з лідерами з метою запровадження найефективнішого у підлітковому й молодіжному середовищі підходу «рівний – рівному».

Отже, можна використовувати такі методи та форми роботи з молоддю, як: первинна профілактика ВІЛ; інформаційні центри (теле-, радіостудії); молодіжні клуби; дружні клініки для молоді, у тому числі тематичні лінії довіри; молодіжні вуличні театри; участь молоді в програмах профілактики ВІЛ; попередження ВІЛ серед молодих людей, які вживають ін'єкційні наркотики.

При цьому варто враховувати, що зміна поведінки – тривалий та складний процес, що залежить від таких чинників, як: поширення цільової інформації; спрямування цієї інформації на рівень особистих, індивідуальних знань; формування за допомогою навчання та тренінгів мотивів щодо зміни небезпечної поведінки на безпечнішу; формування вмінь та практичних навичок безпечної поведінки. Щоб домогтися змін у поведінці, потрібні постійна соціальна, психологічна, правова підтримка та мотивування представників уразливих щодо ВІЛ/СНІДу груп, а також обов'язкове забезпечення їм доступу до засобів профілактики для безпечної поведінки.

Доросле населення / профілактика на робочих місцях. «Найблагополучніше» доросле населення – насправді особливо вразливе до інфікування ВІЛ через швидке зростання питомої частки випадків інфікування населення шляхом незахищених гетеросексуальних контактів. Відтак, для цієї групи осіб важлива цільова профілактика ВІЛ/СНІДу на робочих місцях. Основними інструментами для досягнення цього є: проведення презентацій для різноманітних цільових аудиторій; проведення семінарів для представників підприємств, профспілок, уряду та недержавних організацій; надання технічної допомоги підприємствам та установам у розробці й впровадженні політик і програм профілактики ВІЛ/СНІДу для працівників; навчання та формування групи тренерів для надання технічної допомоги підприємствам у втіленні профілактичних програм; розробка та розповсюдження інформаційних матеріалів для працівників підприємств із метою надання базових знань про ВІЛ/СНІД, інформації про консультування і тестування на місцях, зміни ставлення до ВІЛ-позитивних людей

та ін. При цьому потрібно враховувати особливості навчання й інформування дорослої аудиторії. Також слід звернути окрему увагу на інформування жінок дітородного віку стосовно важливості проходження тестування на ВІЛ й профілактики можливої вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції.

ВІЛ-позитивні жінки, зокрема вагітні. При роботі з такими жінками поведінкові втручання мають спрямовуватись, по-перше, на надання їм соціально-психологічної підтримки, зокрема, якщо жінка тільки-но дізналася про свій позитивний статус і перебуває у кризовому стані. По-друге, основний акцент має бути зроблений на надання достовірної інформації стосовно профілактики вертикальної трансмісії.

Споживачі ін'єкційних наркотичних речовин (СІН). Профілактична робота щодо інфікування ВІЛ зі споживачами ін'єкційних наркотичних речовин має брати до уваги соціально-психологічні особливості залежної особи та орієнтуватися, перш за все, на встановлення довірливих стосунків із клієнтом. Відтак, навчання лідерів та використання підходу «рівний – рівному» при роботі з СІН має беззаперечні й доведені переваги. При цьому реалізують стратегію зменшення шкоди, що полягає у забезпеченні комплексної – інформаційної та «матеріальної» – підтримки споживачів, зокрема, у наданні їм стерильного ін'єкційного інструментарію (чистих шприців, спиртових серветок тощо) та презервативів, мотивуванні до безпечної щодо ВІЛ сексуальної поведінки, залученні до програм замісної терапії.

Вживання наркотику ін'єкційним шляхом має низку ризиків щодо інфікування ВІЛ. Поетапними ризиками забруднення наркотику ВІЛ-інфекцією є: забір готового розчину (після останнього етапу приготування, може здійснюватися «брудним»/нестерильним шприцом); зберігання (може здійснюватися у нестерильному посуді, або ж розчин може набиратися нестерильним шприцом); розподіл наркотику, фасування (розчин може набиратися нестерильним шприцом); власне вживання наркотику (можливо, «брудним», «чужим» шприцом).

Основними показниками змін у поведінці СІН є: відмова від використання «брудних» шприців та голок; використання стерильних шприців; відмова від використання спільних інструментів та розчинів; обробка своїх інструментів для вживання наркотиків; зменшення вживання ін'єкційних наркотиків; зменшення кількості сексуальних партнерів; використання презервативів.

Працівники комерційного сексу (ПКС) (жінки та чоловіки секс-бізнесу). Особливостями ситуації цієї групи населення є переважна залежність від волі інших людей, тобто їхніх клієнтів, а також деякі психологічні риси, властиві ПКС: байдужість, недбале ставлення до себе. Відтак, вони потребують не лише відповідного інформування, але й мотивування до використання засобів захисту під час сексуальних контактів.

Часто ПКС також вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом – у такому випадку потрібно здійснювати втручання за принципами стратегії зменшення шкоди: забезпечувати їх стерильним інструментарієм та презервативами.

Чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), ув'язнені особи. Ці групи клієнтів потребують такого поведінкового втручання, як: інформування та мотивування до безпечної сексуальної поведінки через те, що, по-перше, відбувається ігнорування засобів захисту, а по-друге, тут наявна часта зміна сексуальних партнерів, що є особливо небезпечним з огляду на можливість інфікування ВІЛ. ЧСЧ та ув'язнені особи також потребують забезпечення презервативами. Якщо ж вони є СІН, то необхідно проводити втручання за стратегією зменшення шкоди.

3. Зменшення шкоди як пріоритетна стратегія попередження ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин

Стратегія зменшення шкоди як модель ставлення до проблеми вживання наркотичних речовин співіснує поряд із психіатричною, соціокультурною, моралістичною, медичною моделями та принципово відрізняється своєю філософією. Стратегія зменшення шкоди оцінює профілактику ВІЛ-інфекції як пріоритетну задачу. Зменшення шкоди є політикою, яка починається з усвідомлення того, що наркотичні речовини не зникнуть і що немає іншого вибору, крім необхідності навчитися жити з ними так, щоб вони чинили якомога менше шкоди. Це також політика, яка ґрунтується на здоровому глузді, наукових даних, піклуванні про здоров'я населення та правах людини.

Модель зменшення шкоди не дає жодних оцінок та суджень стосовно вживання наркотичних речовин, яке вона розглядає як один із способів соціальної поведінки, що розвивається у певному континуумі: від експериментів з наркотичними речовинами – до вимушеного їх вживання. Ця модель спрямована на скорочення шкідливих наслідків вживання наркотич-

них речовин для усіх споживачів, включаючи допомогу тим людям, котрі хочуть припинити вживання.

Найважливішою задачею програм зменшення шкоди є встановлення та підтримування контакту зі споживачами наркотичних речовин з метою надання допомоги. Модель передбачає, що велика кількість шкідливих наслідків вживання загострюється у зв'язку з криміналізацією наркотичних речовин, через що споживач вимушений вести відповідний, кримінальний спосіб життя. Мета програм зменшення шкоди – докласти зусиль, щоб у споживачів наркотичних речовин було якомога менше проблем зі здоров'ям, у сім'ях та у стосунках з оточуючими, щоб вони могли вести соціально активне життя, працювати незалежно від того, вживають вони чи ні. При цьому в роботі програм зайняті як професіонали, так і колишні та активні споживачі.

Слайд № 3

Програми зменшення шкоди

Програми зменшення шкоди не ставлять перед клієнтом такої вимоги, як зниження рівня споживання.

В їх основі лежить віра в те, що споживачі наркотичних речовин мають такі самі права на свободу, економічну стабільність та піклування про здоров'я, як і ті, хто не є споживачами.

Загальні цілі програм – підвищення рівня знань про ризиковані типи поведінки та їхні наслідки; навчання ефективним навичкам подолання ризикованих ситуацій, пов'язаних із наркотичними речовинами та сексуальною практикою; підтримка поведінки, що сприяє оздоровленню та зменшенню ризику.

Пропоноване програмами ставлення до клієнта як до рівного члена суспільства, а не як до кримінального елемента, привело до того, що більше споживачів почали звертатись за допомогою, в тому числі й медичною.

Слайд № 4

Визначення стратегії зменшення шкоди

Це стратегія профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин, які не можуть чи не готові відмовитися від вживання.

Вона спрямована на вирішення першочергових проблем та зменшення ризику, асоційованого з ін'єкційним вживанням.

Принципи стратегії зменшення шкоди можна поділити на дві групи: ті, що стосуються ставлення до споживачів наркотичних речовин, і ті, що стосуються ставлення до проблеми вживання наркотичних речовин.

Слайд № 5

Принципи стратегії зменшення шкоди:

1. Ті, що стосуються ставлення до споживачів наркотичних речовин:
 - Гуманність та інтеграція у суспільство, дотримання прав людини.
 - Визнання наявної шкоди, пов'язаної із вживанням психоактивних речовин.
 - Зменшення негативних наслідків.
 - Анонімність та конфіденційність.
2. Ті, що стосуються ставлення до проблеми вживання наркотичних речовин:
 - Несилові засоби втручання.
 - Прагматичність.
 - Альтернативність підходу.
 - Низькопороговість.
 - Економічна ефективність.

До першої групи можна віднести:

- Гуманність та інтеграція у суспільство, дотримання прав людини: споживачі наркотичних речовин є частиною нашого суспільства.
- Визнання наявної шкоди, пов'язаної із вживанням психоактивних речовин: немедичне вживання неминує викликає соціальну та індивідуальну шкоду.
- Зменшення негативних наслідків: програми впливу необхідно адресувати по таких напрямках: програми оздоровлення (включаючи лікування залежності) для активних споживачів наркотичних речовин; зменшення числа осіб, схильних до вживання, та допомога споживачам у переході на безпечні способи прийому наркотичних речовин.
- Анонімність та конфіденційність.

До принципів, які відображають ставлення до проблеми вживання наркотичних речовин, можна віднести такі:

- Несилові засоби втручання: проблему зловживання наркотичними речовинами не можна вирішити завдяки застосуванню силових заходів.
- Прагматичність: зменшення шкоди ставить за мету вирішення проблем, пов'язаних із ризиком ін'єкційного вживання наркотичних речовин.
- Альтернативність підходу: зменшення шкоди є альтернативою іншим моделям профілактики вживання наркотичних речовин та залежності від них.

- Низькопороговість: замість встановлення перед клієнтами вимоги утримуватись від вживання наркотичних речовин, працівники програм надають можливість усім бажаючим споживачам взяти участь у програмі. Компонентами низькопорогового підходу є: готовність працювати з людьми, враховуючи їхні індивідуальні особливості, тобто «зустріти там, де ви є, а не там, де ви маєте бути»; зменшення стигми через акцентування уваги на «безпечному вживанні» замість власне «вживання наркотичних речовин»; здатність програм охопити різні типи поведінки, що зустрічаються при вживанні: «прийди такий, який ти є».
- Економічна ефективність: профілактичні заходи стратегії коштують набагато дешевше, ніж лікування та догляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД.

Важливим принципом усіх програм зменшення шкоди є орієнтація на потреби споживачів ін'єкційних наркотичних речовин. Показовим при цьому є той факт, що ідеї стратегії виникли як підхід, що «піднімається з дна» та базується на захисті споживача, а не як теорія, що «йде згори» та пропагується авторами наркополітики.

Разом з тим, програми зменшення шкоди не можна розглядати як такі, що сприяють поширенню практики вживання наркотичних речовин. Статистично доведено, що немає зростання наркоманії в тих регіонах, де здійснювались подібні програми. Саме тісний зв'язок між внутрішньовенним вживанням наркотичних речовин та передачею ВІЛ-інфекції спричинив загальну прийнятність такого підходу. Отже, основною метою програм зменшення шкоди є призупинення поширення ВІЛ/СНІДу та інтеграція уразливих груп населення в суспільство, а одним із основоположних принципів цих програм – дотримання прав людини.

4. Використання програм замісної терапії у контексті профілактики ВІЛ/СНІДу

Лікарі давно так чи інакше використовували замісні препарати при лікуванні опіоїдної залежності. Навіть у Радянському Союзі особи, які страждали на таку залежність, до 1959 року мали можливість отримувати морфін для власних потреб в аптечних установах за рецептами лікарів (так звані «наркопайки»). Але практика засвідчила, що призначення опіатів короткої дії не може стабілізувати стан пацієнтів через швидке звикання.

Із такими ж труднощами зіштовхнувся 1964 року американський професор Вінсент Доул. Він переконався, що украй важко стабілізувати стан пацієнтів шляхом призначення постійної дози морфіну, і разом з доктором Марі Нісвандер спробував використовувати для цього метадон. Цей препарат мав істотні переваги – його можна було вживати перорально у розчині, тобто не було потреби робити ін'єкції, а завдяки тривалому часу дії його можна застосовувати раз на добу. Результати дослідження приголомшували: стан понад 80 % пацієнтів, які брали участь у дослідницьких програмах, був стабілізований постійними дозами метадоноу. Пацієнти припинили вживати нелегальні наркотики, значно поліпшився їхній соціальний статус і загальний стан здоров'я. З кінця 60-х років метадонова терапія поступово стала найбільш визнаним методом лікування опіоїдної залежності у світовій практиці.

Значення замісної терапії (ЗТ) та її застосування істотно підсилилися починаючи з 1987 року, після початку епідемії ВІЛ/СНІД. Було доведено, що ЗТ значно зменшує ризик поширення цієї інфекції, а також гепатитів В і С, вона є невід'ємним компонентом противірусного лікування ВІЛ-позитивних наркозалежних осіб.

Нині вже загально визнано, що синдром залежності формується під впливом найрізноманітніших факторів біологічного, психологічного і соціального характеру. У випадку опіоїдної залежності біологічний складник має величезне значення. Встановлено, що тривале вживання нелегальних опіоїдів суттєво порушує роботу головного мозку, особливо структур, пов'язаних з опіатними рецепторами й обміном ендорфінів.

Наслідком нестачі опіоїдів є прояви «ломки», потяг до наркотиків, що виникає час від часу. Усе це спричинює рецидиви, людина залишається споживачем наркотиків, її поведінка стає ще більш ризикованою в плані інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, які передаються через кров. Контрольоване призначення відповідної дози препарату дає змогу нормалізувати роботу головного мозку, запобігти розвитку синдрому «ломки» і блокувати потяг. Це дозволяє пацієнтові повністю припинити вживання нелегальних опіоїдів і сподіватися на подальші позитивні зміни.

Отже, однією з важливих цілей програм замісної терапії є профілактика ВІЛ. Залежність від заборонених опіатів є серйозним станом, з яким пов'язують високу захворюваність, зокрема на ВІЛ/СНІД та інші інфекційні хвороби (гепатити В, С), а також високий ризик смерті. У багатьох країнах ін'єкції є головною причиною ВІЛ-інфікування серед споживачів

опіатів через спільне вживання забрудненого ін'єкційного матеріалу з ризиком поширення інфекції на загаль населення через їхніх статевих партнерів та передавання інфекції від матері до дитини. На додаток, опіоїдна залежність вважається одним із головних чинників, що сприяють бідності, злочинності, розпаду сімей, а також збільшують обсяг державних видатків. Людині, яка стає залежною від опіатів, важко контролювати свою поведінку внаслідок нав'язливого прагнення до певної хімічної речовини. Це призводить до пошуку наркотику й повторного вживання – навіть незважаючи на негативні соціальні та медичні наслідки. Хоча нині застосовують широкий спектр методів лікування, для більшості людей з опіоїдною залежністю замісна терапія є найбільш успішним із них.

Слайд № 6

Замісна терапія є формою медичної допомоги, що базується на застосуванні подібної чи ідентичної речовини при лікуванні опіоїдної залежності. Ця речовина (агоніст) має властивості, подібні до наркотику, що регулярно вживається незаконно.

Регулярно вживаний наркотик можна замінити агоністом з метою переведення залежності в контрольовану форму. Використання агоністів полегшує більшість симптомів відміни («ломки»), що їх часто зазнають люди, залежні від різних психоактивних речовин, а також зменшує медичний та соціальний ризик. Коли замісна терапія надається за правильною схемою дозування, вона зменшує прагнення до опіатів. Прикладом агоніста опіатів є метадон. Цінність замісної терапії полягає в можливості, яку вона надає залежним споживачам наркотиків щодо зменшення ризикованої поведінки та стабілізації їхнього життя в медичному та соціальному сенсі.

Зазвичай замісна терапія розглядається як варіант для залежних споживачів, які вважають припинення вживання наркотику та повне утримання від нього заважким для себе і фактично не в змозі припинити вживання, навіть якщо прагнуть це зробити. Бажано, щоб препарати замісної терапії мали більшу тривалість дії (період фармакологічного напіврозпаду), ніж наркотик, який вони замінюють, задля відкладення появи синдрому відміни та зменшення частоти застосування. Це дає змогу людині концентрувати увагу на звичайній повсякденній діяльності без потреби в отриманні та вживанні препарату.

Слайд № 7

Основні цілі замісної терапії:

- допомогти пацієнтові залишатися здоровим, доки він / вона не зможе, з належним доглядом і підтримкою, досягти способу життя, вільного від заборонених наркотиків;
- зменшити рівень вживання заборонених чи отриманих без рецепту наркотичних речовин окремими особами;
- вирішувати проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиками;
- зменшити рівень ризикованої поведінки, пов'язаної зі зловживанням наркотиками, зокрема, ризик смерті від передозування, ВІЛ/СНІДу, гепатитів В, С та інших інфекцій, що передаються через кров внаслідок спільного користування ін'єкційним обладнанням і матеріалами;
- зменшити тривалість епізодів зловживання наркотиком;
- зменшити ймовірність рецидиву – повернення до зловживання наркотиком у майбутньому;
- зменшити кримінальну активність, що виникає, аби здобути кошти для зловживання наркотиком;
- стабілізувати стан пацієнта на препараті-заміннику, якщо це може бути застосовано, задля полегшення симптомів відміни;
- частіше звертатися по медичну допомогу з інших приводів;
- покращити загальне особисте, соціальне та сімейне функціонування.

Найчастіше при замісній терапії використовують препарати метадон та бупренорфін.

Головними ефектами **метадону** є полегшення жаги до наркотику, пригнічення синдрому відміни та блокування ейфоричних ефектів, пов'язаних із героїном. Унаслідок того, що опіоїдна залежність має хронічний характер, більшість пацієнтів потребує високих доз препарату та невизначеної тривалості лікування. Було визначено, що підтримуюче лікування метадоном медично безпечно і не справляє седативного ефекту.

Окрім метадону, у замісній терапії використовують також препарат **бупренорфін**, що має подібні до метадону властивості. Деякі експерти віддають перевагу бупренорфіну при лікуванні молодих споживачів наркотиків, а метадоном – при довгостроковому лікуванні споживачів із більшим стажем. Бупренорфін також виглядає кращим засобом для вагітних жінок, оскільки він викликає менше небажаних наслідків у новонароджених, ніж метадон. З іншого боку, застосування метадону легше контролювати; до того ж, у більшості країн він є набагато дешевшим за бупренорфін.

Отже, головними перевагами замісної терапії у контексті профілактики ВІЛ/СНІДу є контрольоване вживання замісних препаратів переважно в умовах медичного закладу: по-перше, перехід від неочищених, заборонених наркотиків до очищених фармацевтичних препаратів; по-друге, зміна шляху вживання наркотика з ін'єкційного на менш шкідливий – як-от через рот всередину чи під язик; по-третє, підтримка контакту з медичними та соціальними службами.

Семінар 2. Поведінкові втручання з метою формування безпечного щодо ВІЛ/СНІДу способу життя (2 год)

1. Теоретичні та методологічні підходи до змін ризикованої поведінки на індивідуальному рівні. Модель Прочаски – ДіКліменті

Завдання № 1

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо підходів до змін ризикованої поведінки.

Мозковий штурм (6–8 хв): Як, на вашу думку, можна найефективніше вплинути на зміну ризикованої поведінки людини на індивідуальному рівні? Які етапи змін проходить людина, що змінює поведінку? Що має чинити соціальний працівник для підтримки змін поведінки клієнта?

Відповіді зафіксувати на дошці – вони слугуватимуть основою й прикладами для пояснення кожної зі стадій моделі Прочаски–ДіКліменті.

Для глибшого розуміння стратегій поведінкового втручання необхідно розглянути етапи змін, які проходить людина, змінюючи свою поведінку (див. рис. 1). Ці етапи змін поведінки американські фахівці представляють у вигляді руху по колу.

Стадійну модель зміни поведінки вперше описали два вчені-практики – Джеймс Прочаска та Карл ДіКліменті. Вони розробили її на основі досвіду роботи з курцями. Пізніше було доведено, що модель можна успішно застосовувати до розуміння зміни будь-якої поведінки, як-от: вживання наркотиків, нездорове харчування, небажання робити зарядку, хронічне спізнання на важливі зустрічі, дотримання режиму вживання ліків тощо.

Згідно з цією моделлю, зміна розглядається як процес, що займає певний час, а не як разова подія (результат). Процес змін поділяється на кіль-

ка ключових стадій, і модель описує процес усвідомленої зміни поведінки, коли людина обдумує і контролює те, що відбувається з її поведінкою. Ця схема дає змогу зрозуміти закономірності поведінки людини, зокрема залежної від психоактивних речовин.

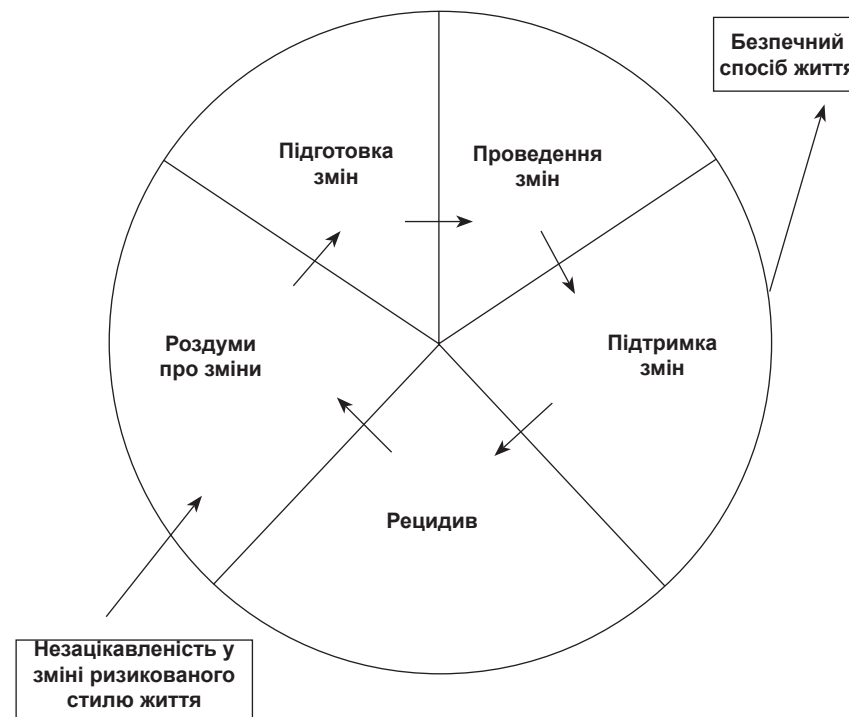


Рис. 1. Етапи змін, які проходить людина, змінюючи свою поведінку

1. Етап незацікавленості у зміні поведінки. Людину цілком задовольняє її становище та поведінка, часто вона взагалі не замислюється над цим. Переваги такого становища та відповідної поведінки значно переважають ризики та збитки, і тому людина буде з недовірою ставитися до повідомлень про наявність певної проблеми і що ігнорування проблеми завдає їй шкоди, або навіть відверто ігноруватиме такі повідомлення й пропозиції змінити «проблемну» поведінку. На цьому етапі ще рано вести мову про усвідомлені зміни у поведінці. Яким має бути втручання соціальних працівників на такому етапі життя людини? У першу чергу, ніякого засуджен-

ня людини, але і не потурання шкідливому способу життя. Поведінка людини – це її вибір. Тому, приймаючи людину як особистість, яка може вибирати спосіб життя, необхідно спробувати похитнути її віру, змусити сумніватися у виборі шкідливої поведінки. Допомогти у цьому може надання об'єктивної інформації (без залякування та перебільшення) про наслідки шкідливого способу життя, вказування на вже очевидні негативні наслідки для людини її поведінки, насажуючі приклади інших, адреси, де можна отримати допомогу тощо. Але найголовніше – це залишити за людиною право звернутися за допомогою тоді, коли вона вирішить, що їй це необхідно.

2. Етап роздумів про зміну. Люди переходять на цю стадію, коли починають переживати подвійні почуття, коливання, сумніви щодо певної поведінки та її (можливих) наслідків. Тобто, з одного боку, поведінка або певне становище речей, що з нею пов'язане, може задовольняти людину, а з іншого боку, вже створює певні незручності тепер або негативні очікування у майбутньому. Для людини на цьому етапі може бути властиве бажання позбутися незручностей та проблем, пов'язаних з поведінкою, але при цьому вона може нічого не робити стосовно самої поведінки. Таким чином, людина перебуває у стані нерішучості, а етап характеризується ваганнями щодо зміни, що пояснюються амбівалентністю людини, котра не впевнена, що зміна можлива, потрібна й бажана. Для цього з клієнтом необхідно обговорити переваги та недоліки можливих змін. І якщо людина не буде бачити позитиву в майбутніх змінах, то завдання соціальних працівників допомогти виявити ті чинники, які сприятимуть прийняттю рішення про необхідність подальшої зміни у житті. Між цим та наступним етапом відбувається прийняття рішення стосовно того, що саме, наскільки швидко і як робити далі.

3. Етап підготовки до змін. На цю стадію людина переходить після прийняття рішення щодо перегляду своєї поведінки та щодо переходу до дій стосовно запровадження змін. При цьому не є принципово важливим, що саме і як вирішила міняти людина, оскільки підготовка до змін відбувається саме на даному етапі. Підготовка полягає у ретельному плануванні, продумуванні ресурсів та необхідних кроків, експериментуванні зі спробами щодо змін. Важливо, щоб цей етап охоплював розгляд усіх можливих альтернатив, а складений план дій був реалістичним – в іншому разі зростає вірогідність того, що спроба змін буде невдалою. На етапі підготовки до змін надзвичайно важливим є обговорення бар'єрів, які потрібно

буде здолати, та планування змін. Клієнт має обдумати, чого він хоче, як він досягне цього, хто йому допоможе у цьому і які для цього необхідні ресурси. Важливо, щоб людина побачила перед собою чіткий план дій, який можна виконувати «прямо зараз». Слід зауважити, що план – не догма, він може зазнавати змін, які залежать від нинішньої ситуації клієнта. Так, клієнт, який прийняв рішення лікуватися, скоріше за все включить до свого плану пошук відповідної до його потреб та можливостей лікарні та реабілітаційного центру, консультації із лікарями та соціальними працівниками тощо. Клієнт, перебуваючи на етапі реабілітації, скоріше за все, буде планувати повернення у соціум: влаштування на роботу, налагодження контактів із сім'єю, організацію системи підтримки тощо.

4. Етап проведення змін. Він починається з перших кроків змін і продовжується доти, доки людина не реалізує кроки, сплановані на попередньому етапі. Дотримуючись плану, людина реалізує намічені зміни, випробовує та при звичається до нової моделі поведінки, стикається з перешкодами та труднощами – і долає їх. Власне, проведення змін триває доти, доки людина не звикає до нової поведінки. Звичка, або вироблення нового навичку чи адаптація до нових умов, за спостереженнями психологів, триває близько трьох місяців (звичайно, можуть бути винятки). Таким чином, можна виділити кількісний (адаптація до змін – нової поведінки – триває близько трьох місяців) та якісний (нова поведінка має стати для людини чимось цілком природнім і не викликати труднощів у адаптації) критерії щодо завершення стадії проведення змін. На цьому етапі людина запроваджує зміни у своєму житті: вона розпочинає лікувально-реабілітаційний процес. Це доволі складний період у житті, адже зміни сприймаються як не властиві людині, незвичні для неї. Тому важливим є наступний етап, нерозривно пов'язаний із попереднім, – підтримка змін.

5. Етап підтримки змін. Якщо людина реалізувала успішно заплановану зміну поведінки та підтримує новий спосіб поведінки протягом тривалого часу без видимих зусиль – і при цьому сприймає попередню поведінку та власне процес змін як те, що відноситься до минулого, – можна визначити, що вона перебуває на стадії підтримки змін. На цьому етапі необхідно подумати над системою підтримки та закріплення змін. Залежна людина повинна чітко усвідомлювати, хто і коли може її підтримати у змінах. До такої системи підтримки можуть входити соціальні працівники, родина клієнта, реабілітаційний центр, група самопомогі тощо. Якщо

була добре сформована система підтримки і процес реабілітації був тривалим, то клієнт має всі шанси перейти на рівень безпечного способу життя.

6. Етап рецидиву (повернення). Деякі люди, які одного разу вирішили змінити поведінку, з часом з різних причин змінюють свої первісні наміри та повертаються до первісної поведінки, незважаючи на ризик та труднощі адаптації, які стали причиною відмови від цієї поведінки раніше. Це може відбуватися через особистісні зміни та зміни у житті людини, через які процес змін та результати втрачають свою цінність, або через те, що зникає або зменшується підтримка оточення, або у людини не було адекватного розуміння того, яким складним та тривалим буде процес зміни поведінки. У такому випадку людина повертається на один з попередніх етапів стадій – частіше за все – незацікавленості у змінах або роздумів про зміни. Важливо пам'ятати, що рецидив – це нормально, це не катастрофа, а новий досвід, який необхідно оцінити, врахувати і виробити рекомендації надалі. Разом із тим, рецидив не є неминучим, але при цьому він – частина процесу. Зрив асоціюється із ситуаціями підвищеного ризику, які можуть підпадати під такі категорії: негативні емоційні стани, які важко подолати (сум, агресія, нудьга тощо); міжособистісні конфлікти; соціальний тиск. Важливою є профілактика рецидиву через навчання справлятися із ситуаціями підвищеного ризику. Оскільки етапи змін зображені у вигляді руху по колу, то з етапу зриву людина рухається знову до етапу роздумів про зміну. Але ситуація зриву може бути настільки деморалізуючою, що клієнт втрачить віру у можливість позитивних змін і повернеться до етапу незацікавленості у зміні ризикованого способу життя.

Наразі людина може пересуватися етапами змін як вперед, так і назад, а також проводити різну кількість часу на кожній стадії. Але, так чи інакше, люди, які змінили поведінку або спосіб життя, проходили й пройшли усі зазначені етапи.

2. Структурні втручання, втручання на рівні оточення

Завдання № 2

Ця вправа має на меті перевірити розуміння студентами особливостей проведення інформаційних кампаній у сфері ВІЛ/СНІДу.

Групове обговорення: Якими є особливості проведення інформаційних кампаній у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу?

Слухачі у 3-х групах (по 4–5 осіб) мають розробити приклади інформаційних кампаній, спрямованих, відповідно, на формування безпечної

поведінки, на формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей, на розвінчання стереотипів і надання інформації.

У таку розробку має входити: 1) назва кампанії, її мета; 2) ключове повідомлення (core message); 3) цільові групи; 4) безпосередній текст; 5) канали і час досягнення цільової групи; 6) можливі шляхи вимірювання впливу

Після цього кожна група робить презентацію своєї інформаційної кампанії (по 5 хв на 1 групу – 15 хв). Викладач підводить короткий підсумок вправи.

Характеристиками дієвих інформаційних кампаній вважають:

- застосування одночасно різних засобів масової інформації (телебачення, радіо, преса, листівки, плакати, Інтернет, відео тощо);
- поєднання заходів у засобах масової інформації з діяльністю у громаді, підтриманою існуючими її структурами, наприклад, органами влади, неурядовими організаціями, надавачами й користувачами послуг;
- точну спрямованість на сегмент населення, якого кампанія має досягти, або на систему, яка має зазнати змін;
- неодноразове повторення єдиної ідеї; використання позитивних образів і стилів;
- залучення до планування та проведення кампанії ключових фігур та груп у засобах масової інформації та місцевих органах влади;
- вдалий вибір часу проведення кампанії (час запровадження, координація з іншими подіями, що відбуваються протягом кампанії);
- постановка обґрунтовано помірних, досяжних цілей щодо зміни поведінки;
- застосування стратегій соціального маркетингу;
- координація з компонентами безпосереднього надання інформаційних послуг (гарячі лінії);
- звернення до неформальних лідерів цільової групи;
- поєднання соціальної реклами з іншими заходами в рамках кампанії (самі по собі такі оголошення, як правило, не викликають зміни ставлення чи поведінки);
- використання засобів масової інформації для якомога більшого висвітлення кампанії (тобто бути постійним предметом газетних повідомлень, телевізійних новин тощо).

3. Політика поведінкової модифікації

Політика поведінкової модифікації – це комплекс заходів і програм, упроваджуваних з метою сприяння змінам ризикованої поведінки серед різних груп населення.

Політика поведінкової модифікації може здійснюватися у вигляді первинної профілактики (з метою охоплення широкого населення), вторинної профілактики (серед різноманітних так званих «груп ризику»), а також третинної профілактики (серед тих осіб, які вже заразилися на ВІЛ, задля навчання їх жити з цим так, щоб це завдавало якнайменше шкоди їм самим та їхньому оточенню). Окремим напрямом такої політики можна вважати профілактику ВІЛ/СНІДу на робочих місцях.

Завдання № 3

Ця вправа призначена для перевірки знань слухачів за темою заняття.

Групове обговорення: Які стратегії й моделі поведінкової модифікації на соціальному (суспільному) рівні вам відомі? Які вони мають переваги та обмеження?

Є дві основні стратегії профілактики ВІЛ:

- 1) зменшення ризику (або зменшення шкоди);
- 2) усунення ризику.

Стратегія зменшення ризику базується на передумові, що ризик передачі ВІЛ можна визначити. Є методи захисту від інфекції, що зарекомендували себе позитивно, як-от: використання презервативів під час проникаючих статевих контактів, скринінг донорської крові, відмова від грудного годування, якщо це можливо й необхідно, застосування загальних заходів безпеки при проведенні інвазивних (що передбачають контакт із кров'ю) процедур.

Таким чином, профілактика ВІЛ-інфекції, заснована на філософії зменшення ризику зараження, передбачає заміну діяльності, пов'язаної з підвищеним ризиком, на менш ризиковану. Наприклад, пропаганда обміну використаних голок є однією з форм зменшення ризику чи шкоди. При цьому потенційно небезпечне вживання ін'єкційних наркотиків не ліквідується як факт, але передбачається спосіб зменшення ризику інфікування ВІЛ. Пропаганді використання презервативів при статевих контактах серед чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), також надають більшу перевагу, ніж частим спробам переконати ЧСЧ повністю відмовитися від статевих контактів. Такий підхід дає ЧСЧ вибір способів зменшення рівня ризику, а також передбачає альтернативні, менш небезпечні способи сексу-

альних контактів, наприклад, оральний секс замість незахищеного анального сексу. Така сама стратегія використовується при роботі з працівниками комерційного сексу в багатьох країнах.

Стратегія усунення ризику базується на переконанні, що захист громадського здоров'я вимагає усунути можливість ризику як таку. Так, у деяких країнах пропаганда статевого утримання превалює над пропагандою використання презервативів та обміну використаних голок на нові. За такого підходу ефективність практики безпечного сексу фактично відкидається, а саме вживання наркотиків ін'єкційним шляхом вважається так само шкідливим, як і застосування спільного інструментарію для ін'єкцій. Таким чином, цей підхід фокусується на визнанні ризику й шкоди для здоров'я загалом, у той час як підхід зменшення шкоди орієнтується переважно на профілактику інфікування ВІЛ.

Узагальнюючи результати вітчизняних та зарубіжних досліджень з організації превентивних заходів, фахівці приділяють увагу кільком **основним моделям зміни поведінки на соціальному рівні**.

Медична (когнітивна) модель побудована на інформуванні населення і може бути представлена за такою схемою: знання – ставлення – поведінка. Вона передбачає, що якщо людина знає про небезпеку для здоров'я певного стилю поведінки, то почне ставитися до такої поведінки негативно і буде її уникати. Такий погляд виявився спрощеним і рідко виправдовується на практиці, оскільки поведінка людини детермінована багатьма чинниками, хоча фактологічна освіта необхідна як основа для прийняття рішення.

Освітні моделі беруть за основу процеси прийняття рішення стосовно здоров'я. Одну з таких моделей, яка отримала назву «модель здорових переконань», розробив Г. Бекер. Рішення, що визначає особливості превентивної поведінки, за цією моделлю, приймається на основі оцінки ймовірності та серйозності особистої небезпеки. Сам процес прийняття рішення відбувається в чотири етапи: визначення ступеня тяжкості захворювання; оцінка особистої загрози та ступеня ризику; розгляд наслідків прийняття рішення; оцінка виграшу. Розроблена М. Фішбейном та І. Айзенем модель заснована на теорії мотивованих дій і стосується двох основних елементів прийняття рішення: ставлення до поведінки та нормативних уявлень. Згідно з цією моделлю, людина, приймаючи рішення, спочатку оцінює, що їй дасть новий спосіб дій, а потім уявляє, що про неї подумают референтні особи, якщо вона поводитиметься таким чином. Ці дві обставини визначають намір стосовно безпечної поведінки. Таким чином, автори моделі

роблять акцент на особистісних та соціальних аспектах, які значною мірою визначають поведінку людини.

Відповідно до *моделі інформаційно-мотиваційно-поведінкових навичок* І. Фішера, поінформованість та умотивованість зумовлюють прийняття та використання поведінкових навичок, які, в свою чергу, забезпечують практику безпечної поведінки. Поінформованість, що визначає сприйняття ризику, та мотивація практикувати безпечну поведінку за певними установками щодо превентивної поведінки і сприйняття власної уразливості можуть бути як взаємовизначаючими, так і незалежними конструктами.

Радикально-політична модель пропонує враховувати соціальні та політичні обставини і спрямована не на навчання безпечній поведінці, а на сприяння її становленню. Акцент робиться на врахуванні як внутрішніх, так і зовнішніх чинників прийняття рішення. Беручи за основу теорію соціального научіння А. Бандури, зокрема концепцію самоєфективності, ця модель передбачає розвиток у особистості впевненості у собі.

Найбільш всеохоплюючою та реалістичною можна назвати *модель дій на благо здоров'я* К. Тоунза, оскільки вона відображає всі соціальні та психологічні чинники, які впливають на поведінку людини стосовно власного здоров'я. Її структура представлена низкою компонентів. Нормативна система, референтна група і вплив загальних норм та місцевої соціальної групи визначають нормативні уявлення та мотивацію до дій відповідно до норм. У свою чергу, досвід, поінформованість та міжособистісний вплив у процесі переробки інформації та вибору методів активізації визначають прийняття рішення (уявлення про дії на благо здоров'я, витрати/виграш, компенсація, уявлення про життя), відбиваються крізь призму уявлень про почуття, систему цінностей і пов'язану з нею системою ставлень, спонукань та емоційного стану людини. Система ж уявлень та мотивації, які можуть взаємовизначати одна одну, базується на уявленнях про себе (Я-концепція, сприйнятливність, контроль) та самоповазі особистості. Вищезазначені компоненти визначають поведінкові наміри, які в умовах сприятливих (перешкоджаючих) чинників формують дії на благо здоров'я.

Разом із тим, недоліком більшості моделей превентивної поведінки вважають ігнорування факту, що на вибір тієї чи іншої поведінкової стратегії, обговорення та прийняття рішення впливають дві особи, які взаємодіють. Крім того, часто не враховується ситуаційний контекст. У багатьох із них акцентується увага на важливості сприйняття та ставлення до ризику й небезпеки негативних наслідків певного типу поведінки. Досвід профілактичної роботи серед підлітків та юнаків свідчить, що програми статевої

освіти повинні охоплювати обговорення теми сексуального бажання й задоволення. Просвітницька робота повинна бути орієнтована радше на врахування, ніж на зміну амбівалентного ставлення підлітків до небезпеки та ризику.

4. Етичні аспекти поведінкових втручань для профілактики ВІЛ

Фахівці, що працюють з ВІЛ-позитивними людьми, можуть стикатися з низкою етичних дилем. Часто вони мають справу з питаннями соціальних цінностей, громадянських прав, охорони громадського здоров'я, конфіденційності, самостійності, дискримінації, і питання можуть породжувати конфлікти.

Отже, основними етичними принципами, що мають бути реалізовані у процесі здійснення втручань з метою профілактики ВІЛ, є:

- розуміння проблеми, незасуджуюче ставлення до клієнтів;
- добровільність замість контролю;
- конфіденційність і анонімність;
- щирість та доброзичливість у відносинах;
- залучення сім'ї клієнта до процесу допомоги;
- допомога для самопомоги (активність замість пасивності);
- навчання клієнтів за принципом «рівний – рівному» (це переважно стосується роботи зі споживачами наркотиків);
- комплексна допомога, що здійснюється у співпраці з усіма зацікавленими соціальними інституціями та організаціями;
- відповідна підготовка та обізнаність персоналу;
- надання клієнтам актуальної та правдивої інформації;
- розуміння посадових обов'язків та дотримання фахівцями правил безпеки.

Завдання № 4

Розв'язання ситуації у трьох групах (по два питання на кожен групу).

Сьюзан – 22-річна ВІЛ-позитивна жінка, яка має біполярний розлад. Надання допомоги їй ускладнюють її слабка прихильність до лікування та практика вживання «важких» наркотиків. Вона також займається комерційним сексом за гроші, наркотики чи надання притулку.

Сьюзан доставили до реанімації у маніакальній фазі, що характеризується гіперактивністю, поганим сном, ейфоричним станом, гіперсексуальністю, розгальмуванням усіх процесів та непередбачуваною поведінкою. Її було госпіталізовано примусово, згідно з нормами місцевого

законодавства у сфері охорони психічного здоров'я. Персонал турбувало її сексуальне розгальмування.

– Чи можуть відмовити Сьюзан у наданні психіатричної допомоги на основі її ВІЛ-позитивного статусу?

– Чи може ВІЛ-позитивний статус Сьюзан бути розголошений іншим пацієнтам?

– Враховуючи можливість сексуальних контактів або спільного використання голоч у стаціонарних закладах, чи можуть всі пацієнти бути перевірені на наявність ВІЛ-інфекції з метою кращого захисту тих, хто не є інфікованими?

– Яких захисних заходів можна вживати у стаціонарних закладах?

– Як мають поводитися фахівці з дилемою конфіденційності у контексті наявності в пацієнта минулого досвіду комерційного сексу?

– Чи можуть тримати Сьюзан у госпіталі примусово, з метою захисту інших від можливого ризику інфікування?

Відповідями на ці питання можуть, зокрема, бути:

1. Ні, оскільки дискримінація на основі ВІЛ-позитивного статусу людини заборонена.

2. Ні. Пацієнти мають право на конфіденційність. Водночас, це право може не реалізовуватись у випадку свідомого, навмисного інфікування ВІЛ іншої людини – у цьому разі людина несе кримінальну відповідальність за відповідні дії.

3. Ні, через низку причин:

– негативний перший результат не завжди означає відсутність вірусу ВІЛ в організмі людини через наявність періоду «вікна» у хвороби;

– тестування на ВІЛ може бути проведене тільки зі згоди клієнта та за умови отримання ним відповідного до- та післятестового консультування;

– розкриття ВІЛ-позитивного статусу людини не може слугувати замінником здійснення адекватної супервізії клієнтів персоналом закладу.

4. Незалежно від статусу людини медперсонал завжди має дотримуватися деяких запобіжних заходів, зокрема:

– весь персонал має користуватися універсальними запобіжними заходами;

– потрібно здійснювати постійний моніторинг поведінки всіх клієнтів. У разі вчинення клієнтом дій, що можуть бути небезпечними з огляду можливого інфікування ВІЛ інших осіб, необхідно вжити відповідних заходів з метою контролю ситуації;

– заклад має проводити регулярне навчання клієнтів безпечному щодо ВІЛ способу життя та заохочувати їх до такого способу життя;

– потрібно надати клієнтам вільний доступ до заходів безпеки, зокрема презервативів.

5. Найкраща співпраця між фахівцем та клієнтом виходить тоді, коли сторони виразно усвідомлюють можливі обмеження щодо конфіденційності деякої інформації. Такі обмеження мають бути обговорені перед тим, як проводити відповідне тестування на ВІЛ.

Фахівці мають заохочувати клієнтів припинити ризиковану поведінку або ж інформувати своїх потенційних партнерів.

Не варто недооцінювати важливості й значення консультування клієнтів щодо зміни їхньої ризикованої поведінки. Так, нестача інформації або відсутність деяких соціальних навичок, низька самооцінка клієнта та інші його характеристики, за відповідного втручання, можуть бути відкориговані та у подальшому сприятимуть зміні його ризикованої поведінки.

Для досягнення результату мають бути встановлені довірливі взаємовідносини (досягнуто терапевтичного альянсу з клієнтом).

Якщо фахівець приймає рішення порушити конфіденційність, він має бути свідомий того, які реальні причини спонукають його вчинити таким чином. Неприпустимо вчиняти так з причин особистої антипатії чи інших особистісних мотивів фахівця.

6. Ні. Клієнта не можна тримати у закладі примусово лише з метою того, щоб обмежити його можливий вплив на інших осіб. Така госпіталізація має бути зумовлена об'єктивними чинниками.

Семінар 3. Профілактика ВІЛ серед різних груп населення. Економічні аспекти профілактичних програм (2 год)

1. Профілактика ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин та працівників секс-бізнесу

Завдання № 1

Призначене для актуалізації знань слухачів щодо особливостей проведення профілактичної роботи серед зазначених цільових груп.

Групове обговорення: Якими є особливості здійснення профілактичних програм серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) та працівників комерційного сексу (ПКС)?

Викладач фіксує основні положення на дошці.

Завдання № 2

Вправа призначена для узагальнення знань слухачів щодо принципів, цілей, методів та особливостей проведення профілактики серед СІН та ПКС.

Слухачі об'єднуються у три групи, отримують великі аркуші паперу та фломастери. Їхнє завдання:

I група – визначити принципи та очікувані результати профілактичної роботи з цими цільовими групами.
II група – визначити методи профілактичної роботи з СІН та ПКС.
III група – визначити спільні та відмінні риси у профілактичній роботі з СІН та ПКС.
Кожна група представляє свою частину роботи (10 хв).

2. Профілактика ВІЛ серед молоді та підлітків

Завдання № 3

Вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо особливостей здійснення профілактики ВІЛ серед молоді та підлітків.

Слухачі об'єднуються у дві групи і отримують завдання:

I група – підготувати представника, що виконуватиме роль «рівного».

II група – підготувати представника, що виконуватиме роль підлітка (типаж – на вибір групи: допитливий, недовірливий, самовпевнений та ін.).

Далі відбувається проведення змістовного діалогу між двома представниками груп, після чого – надання короткого зворотного зв'язку та оцінок діалогу.

3. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ

Завдання № 4

Вправа призначена для перевірки знань слухачів за темою.

Питання для обговорення: Які шляхи передачі ВІЛ дітям відомі? Чи може ВІЛ-позитивна жінка народити не інфіковану ВІЛ дитину? Які чинники впливають на передачу вірусу від матері до дитини? Що можна зробити для профілактики передачі вірусу дитині?

Щорічно у світі інфікується ВІЛ до 640 тис. дітей. Основний шлях зараження дітей – перинатальний (вертикальна трансмісія), тобто зараження під час трьох проміжків перинатального періоду: зараження плоду внутрішньоутробно, під час пологів і зараження дитини при грудному вигодовуванні.

ВІЛ-позитивна жінка може народити як не інфіковану ВІЛ, так і ВІЛ-позитивну дитину. Світова статистика свідчить, що в середньому зі 100 дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, заражаються 30: 5 – внутрішньоутробно, 15 – під час пологів, 10 – при грудному вигодовуванні.

Рівень перинатальної трансмісії ВІЛ становить 25–50 % у країнах, що розвиваються, і від 2 до 10 % у розвинутих країнах, де вагітні одержують ефективну антиретровірусну терапію. Збільшення рівня передачі ВІЛ від матері до дитини до 50 % спостерігається в деяких країнах Африки, де матері годують дітей грудьми і складно впроваджується в практику штучне вигодовування дітей молочними сумішами.

Кількість вагітних жінок в Україні, інфікованих ВІЛ, зростає щорічно. За даними Міністерства охорони здоров'я, 2004 року народилося 2500 дітей від ВІЛ-позитивних матерів. Впровадження профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ дозволило скоротити ризик передачі ВІЛ від матері до дитини до 8,2 %.

На передачу ВІЛ від матері до дитини впливають материнські, акушерські фактори, а також фактори плоду та новонародженого.

З-поміж **материнських факторів** виділяють такі, як: 1) стадія ВІЛ-інфекції, стан імунітету (кількість СД4+ лімфоцитів), вірусне навантаження; 2) наявність інших гострих та хронічних захворювань; інфекцій, що передаються статевим шляхом; інфекцій, що передаються плоду внутрішньоутробно; 3) вживання наркотиків або алкоголю, паління; 4) неповноцінне харчування матері.

Особливе значення має стан здоров'я матері: її клінічний та імунний статус, наявність інших захворювань. Ризик інфікування плода ВІЛ збільшується у вагітних з гострою стадією і прогресуванням ВІЛ-інфекції, коли відзначається високий рівень вірусного навантаження. Доведено, що при вірусному навантаженні вище 100 000 копій у 1 мл крові ризик інфікування плода зростає до 60%.

Акушерські фактори: 1) пологи через звичайні пологові шляхи; 2) тривалий безводний період (понад чотири години), порушення пологової діяльності, 3) велика кількість вагінальних досліджень, застосування акушерських маніпуляцій, що збільшують контакт плоду з кров'ю та секретами пологових шляхів матері (амніотомія, епізіотомія, інвазивний моніторинг плоду).

Фактори плоду та новонародженого: 1) недоношеність; 2) затримка внутрішньоутробного розвитку; 3) порушення цілісності шкіри і слизових оболонок немовляти.

Стратегії профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

- попередження статевої передачі ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку (навчання безпечній статевій поведінці, поширення

- презервативів, лікування інших хвороб, які передаються статевим шляхом);
- профілактика небажаних вагітностей серед ВІЛ-позитивних жінок (поширення інформації про планування сім'ї);
 - медикаментозна профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності та раціональне ведення пологів у ВІЛ-позитивних жінок (вибір способу ведення пологів, що дає змогу знизити ризик інфікування плода під час пологів. Плановий кесарів розтин найефективніше знижує ризик зараження плоду під час пологів. Якщо пологи проходять через родові шляхи, уникають маніпуляцій – амніотомії, епізіотомії, накладання щипців);
 - впровадження сучасних методів діагностики ВІЛ-інфекції у дітей і оптимізація їх ведення.

Складові профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

1) *медикаментозна профілактика антиретровірусними препаратами* – дає змогу максимально знизити вірусне навантаження у матері; найчастіше для профілактики передачі вірусу від матері до дитини використовують такі препарати, як невірапін та зидовудин. Є кілька схем медикаментозної профілактики, вони розрізняються за тривалістю прийому препаратів та тим, чи отримує цей препарат тільки мати або ж мати й новонароджена дитина. Кожна з цих схем має свої можливості та обмеження;

2) *безпечне ведення пологів* з переважним проведенням кесаревого розтину на 38 тижні вагітності;

3) *безпечне вигодовування дитини* (штучне вигодовування) – попереджає передачу вірусу через грудне молоко дитині від матері;

4) *раціональне ведення дитини у період новонародженості* (обробка пуповини антисептиком хлоргексидином перед її перетинанням; обережне проведення первинного туалету немовляти – уникнення пошкодження шкіри новонародженого і контакту з кров'ю матері тощо).

Отже, передача ВІЛ від матері до дитини (перинатальне інфікування) може мати місце до, під час пологів чи безпосередньо після них.

Надзвичайно важливо проводити мотиваційну роботу з майбутніми ма-терями щодо проходження ними тестування на виявлення антитіл до ВІЛ. Адже вчасне дізнавання про свій ВІЛ-статус може зберегти здоров'я, а в подальшому – життя майбутньої дитини.

4. Роль лікарів, сім'ї, можливості профілактики на робочому місці. Процеси профілактичної комунікації та соціального маркетингу

Завдання № 5

Вправа призначена для узагальнення знань щодо можливих джерел валідної інформації та допомоги ВІЛ-позитивним людям.

Слухачі об'єднуються у 4 групи і отримують завдання:

I група – визначити позитивні та можливі негативні аспекти профілактичного втручання лікарів з метою попередження інфікування ВІЛ.

II група – визначити позитивні та можливі негативні аспекти профілактичного втручання сім'ї з метою попередження інфікування ВІЛ.

III група – визначити позитивні та можливі негативні аспекти профілактичного втручання на робочому місці з метою попередження інфікування ВІЛ.

IV група – зобразити орієнтовну схему профілактичної комунікації, визначити передумови ефективної її реалізації та можливі перешкоди.

Кожна група робить коротку презентацію.

4. Економічні аспекти профілактичних програм. Оцінювання профілактичного втручання

Аналіз економічної ефективності – інструмент для прийняття обґрунтованого рішення щодо оптимального використання ресурсів у рамках певної програми профілактики ВІЛ/СНІДу. Порівняння вартості програм та їхніх результатів дає змогу оцінити їхню ефективність і потреби в ресурсах на майбутнє. Ефективність визначається досягненням запланованої мети з мінімальними витратами або досягненням максимально позитивного показника (індекс здоров'я) в межах визначеного бюджету. Результати аналізу економічної ефективності представлені у вигляді індексу економічної ефективності (наприклад, вартість одного наданого презерватива або вартість одного попередженого випадку ВІЛ-інфікування).

Аналіз економічної ефективності дає уявлення про різні шляхи досягнення однієї і тієї ж самої мети. Результати аналізу подаються у вигляді вартості індексу економічної ефективності для кожного альтернативного шляху. Коефіцієнт ефективності розраховується для кожної стратегії шляхом ділення загальної вартості проекту на індекс економічної ефективності (кількість попереджених випадків ВІЛ-інфікування). Відтак, пропонується

порівняння цих коефіцієнтів. Стратегія з найнижчою вартістю індексу економічної ефективності є найбільш економічно ефективною.

Таким чином, економічна ефективність відображає, наскільки добре спрацьовує програма. Відомо **кілька вимірів ефективності**:

1) оцінка процесу описує масштаб діяльності або охоплення цільової групи; є найлегшою і може бути проведена на основі поточних даних;

2) оцінка результатів допомагає зрозуміти, яким чином стратегія зможе змінити ситуацію щодо поширення ВІЛ/СНІДу та захворювань, що передаються статевим шляхом, у майбутньому (наприклад, відсоток хворих на такі захворювання, які проходять лікування, або відсоток представників цільової групи, які постійно використовують презерватив). Ці дані можна отримати завдяки поведінковим дослідженням цільової групи;

3) оцінка впливу описує зміни стану здоров'я населення (наприклад, кількість попереджених випадків ВІЛ-інфікування). Досить часто це надзвичайно складно визначити.

Показники ефективності профілактичних програм		
Дані щодо діяльності	Результат	Ефект впливу
- Розповсюджені презервативи/шприци. - Кількість охоплених ін'єкційних наркоманів.	- Збільшення показника використання презервативів. - Кількість вилікуваних захворювань, що передаються статевим шляхом. - Зменшення кількості наркоманів, що спільно користуються голками.	- Попереджені випадки ВІЛ-інфікування. - Виграні роки життя / інтегральні показники здоров'я. - Попереджені захворювання, що передаються статевим шляхом.

Завдання № 6

Ця вправа призначена для розвитку аналітичних здібностей слухачів.

Питання для обговорення: Які труднощі, на вашу думку, виникають у процесі оцінювання профілактичних програм, що впроваджуються або плануються для впровадження з метою уповільнення епідемії ВІЛ/СНІДу та наркоспоживання?

Отримання інформації щодо різних видів стратегій профілактики ВІЛ не є проблемою. Водночас часто відчувається нестача інформації щодо відносної вартості та можливого впливу кожної стратегії як окремо, так і разом з іншими стратегіями профілактики ВІЛ. Головною проблемою аналізу

економічної ефективності програм профілактики ВІЛ є те, що наявні лише дані стосовно процесу і результатів.

Оцінка впливу стикається з низкою проблем. По-перше, нелегко виявити кількість попереджених випадків ВІЛ-інфікування, оскільки один попереджений випадок означає можливе попередження інших випадків у подальшому. По-друге, потрібно відрізнити вплив тієї стратегії, яку ми оцінюємо, від впливу інших стратегій, які реалізуються одночасно.

Оптимальним методом є паралельне дослідження. Вплив стратегії оцінюють шляхом поділу представників цільової групи на дві підгрупи: контрольну та ту, що зазнає впливу стратегії. З метою вивчення впливу стратегії спостерігається розвиток ситуації в обох групах. Однак таке дослідження – досить складна справа, що потребує багато часу і коштів, та може бути застосоване далеко не в кожному випадку. Кількість паралельних досліджень, що були проведені до цього часу, залишається незначною.

Складним є й прогноз впливу стратегій, що плануються на майбутнє. Поширення ВІЛ має надзвичайно динамічний характер. Необхідно враховувати кількість випадків інфікування, яким удалось запобігти як у групі тих, хто не мав контактів із програмою, але уникнули інфікування завдяки тому, що було перервано «ланцюг» передачі інфекції. Отже, останнім часом набуло поширення використання комп'ютерних моделей прогнозування та оцінки змін у динаміці поширення ВІЛ-інфекції.

Семінар 4. Зменшення шкоди як пріоритетна стратегія профілактики ВІЛ/СНІДу в «закритих» групах (споживачі ін'єкційних наркотичних речовин, працівники секс-бізнесу, ув'язнені) (2 год)

1. Зміст та значення стратегії зменшення шкоди у профілактиці ВІЛ/СНІДу

Завдання № 1

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо змісту стратегії зменшення шкоди.

Групове обговорення: У чому полягає зміст стратегії зменшення шкоди?

Завдання № 2

Вправа призначена для узагальнення знань слухачів щодо значення стратегії зменшення шкоди у профілактиці ВІЛ.

Слухачі об'єднуються у 3–4 групи, отримують великі аркуші паперу та фломастери. Їхнє завдання – скласти наочну схему із зображенням різноманітних методів профілактики ВІЛ-інфекції, визначивши в ній належне місце для стратегії зменшення шкоди.

Кожна група представляє та пояснює свою схему.

Одним із варіантів такої схеми може бути:

Сфери профілактики	За змістом профілактики		
	Первинна	Вторинна	Третинна
Соціальна	Формування в суспільстві негативного ставлення до вживання наркотиків, орієнтація населення на здоровий спосіб життя	Робота з уразливими групами: психологічне консультування, працевлаштування тощо	Ресоціалізація наркозалежних, індивідів, які вчинили правопорушення, пов'язані з наркотиками
Медична	Інформування населення про шкоду наркотиків, наслідки їх вживання для людського організму	Робота з уразливими групами населення за програмами зменшення шкоди	Лікування, детоксикація СНІВ, ВІЛ-позитивних СНІВ
Правова	Інформування населення про права людини, попередження правопорушень, пов'язаних із наркотиками	Роз'яснення СНІВ, їхніх прав, правова допомога та консультування	Захист прав СНІВ, ВІЛ-позитивних СНІВ

2. Особливості використання замісних програм для профілактики ВІЛ/СНІДу: міжнародний та український досвід

Завдання № 3

Вправа призначена для актуалізації знань щодо програм замісної терапії.

Групове обговорення: Назвіть основні переваги і недоліки використання програм замісної терапії для людей із опіоїдною залежністю.

Впровадження програм зменшення шкоди є цілком виправданим, адже для певних груп населення, зокрема, так званих «закритих», така стратегія – єдиний можливий дієвий засіб втручання з метою профілактики ВІЛ та уповільнення темпів поширення інфікування широкого населення.

Одним із головних негативних аспектів замісної терапії є те, що переважно людина повинна отримувати **лікування впродовж тривалого періоду часу**. Аспект тривалості має негативні наслідки як у сенсі державних витрат, так і для окремого пацієнта.

Хоча замісна терапія є дешевою формою лікування, **вартість її накопичується**, якщо робити розрахунки за багато років.

Ще один аспект полягає в тому, що людина стає пацієнтом довгострокової програми лікування, **залежним не тільки від препарату, але й від іншої людини**, що його призначає. У деяких випадках це може призвести до пасивного ставлення до життя.

Більше того, залежність від препарату викликає труднощі, **коли пацієнт бажає переїхати** на інше місце проживання або просто поїхати в подорож і взяти свої ліки з собою.

Деякі люди зазнають **побічних ефектів препарату**. У випадку метадону до найбільш поширених побічних ефектів належать: підвищена пітливість, закрепи, порушення сну, статевого потягу та концентрації уваги. Такі небажані побічні ефекти можуть тривати довго, але медичних ускладнень терапія здебільшого не має. На загал, ці побічні ефекти виникають у менш ніж 20 % клієнтів метадонових програм.

Хоча метадон призначається вагітним жінкам, оскільки він покращує стан їхнього здоров'я, перебіг вагітності, пологів та розвиток плоду, після народження дитина повинна буде «припинити вживання» препарату.

Отже, замісна терапія має кілька негативних аспектів, що стосуються хронічного лікування як такого, але вони не переважають користь від неї.

Завдання № 4

Ця вправа має на меті перевірити знання слухачів за темою.

Питання для обговорення: Які приклади застосування стратегії зменшення шкоди за кордоном та в Україні ви можете назвати?

В Європі замісна терапія має тривалу історію, що варіює в межах континенту. Таке розмаїття є наслідком змін медичної думки та законодавства, що привели до розвитку та зміни практики призначення препаратів.

У Плані дій Європейської Спільноти щодо наркотиків на період 2000–2004 рр. одне зі стратегічних завдань сформульоване як «суттєве збільшення кількості пролікованих наркозалежних людей». Сьогодні у більшості європейських країн надається якась із форм замісної терапії. Відсоток людей із опіоїдною залежністю, які фактично отримують лікування, коливається в різних країнах і в межах регіонів. Частково це залежить від роз-

маху та історії проблеми в країні, а частково – від наявності політичної волі до забезпечення лікування у великому масштабі.

Наприклад, ще 2002 р. в Італії замісну терапію отримували тільки 27–29 % хворих на опіоїдну залежність. В Іспанії відсоток споживачів героїну, які отримували замісну терапію, коливався між 41 і 86 %, у Німеччині – між 33 та 63 %, а в Нідерландах – між 40 і 47 %.

У більшості країн протягом останніх років спостерігалось швидке розширення послуг замісної терапії – особливо в Іспанії, Франції та деяких країнах Центральної та Східної Європи. Рушійною силою цього було реагування на епідемію ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків, а також зростання обсягу даних щодо нездоланної ефективності замісної терапії як для профілактики ВІЛ, так і власне для лікування опіоїдної залежності. Хоча більшість країн у цей період зростання обсягів такої терапії не мали особливих проблем, деякі країни – члени ЄС висловили стурбованість відсутністю в деяких фахівців, залучених тепер до призначення замісної терапії, належної підготовки та навичок. Також стурбованість викликають питання контролю за призначенням таких препаратів і ризику проникнення метадону на ринок заборонених наркотиків.

Зараз у світовій практиці до програм замісної терапії залучено понад 600 тис. клієнтів. За даними Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності, у багатьох країнах світу підвищується доступність програм замісної терапії, а кількість пацієнтів, які отримали замісне лікування метадонем, упродовж останніх 5-ти років зросла на 34 %.

В Україні програми впровадження замісної підтримувальної терапії до останнього часу затримувалися, в основному, силовими відомствами й окремими політиками. Хоча започаткування в країні програм лікування ВІЛ-позитивних без програм замісної терапії дехто оцінює як нонсенс. Для України це особливо важливо, оскільки Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією виділив Україні гуманітарну допомогу у вигляді антиретровірусних препаратів за умови впровадження програм замісної терапії для осіб із опіоїдною залежністю, оскільки без її реалізації немає жодної впевненості, що наркозалежний постійно прийматиме АРВ-препарати, проходитиме необхідні обстеження тощо. Ставлення до замісної терапії як до медичного питання багато в чому залежить навіть не від обсягу наявної інформації, не від уміння зважувати «за» та «проти», а від життєвої філософії людей, від того, визнається наркоманія суспільством як хвороба (в такому разі визначення способу лікування наркозалежних нале-

жить медицині) чи як злочинна поведінка (тоді перевагу віддають силовим засобам).

Упровадження пілотних проектів замісної терапії в Україні розпочалося лише з квітня 2004 р., тому країна поки не має достатнього власного досвіду в цій сфері. Внаслідок реалізації Програмою розвитку ООН проекту «Права людини в дії», спрямованого на захист прав найбільш уразливих груп, а саме: СІН, жінок секс-бізнесу та людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, розпочате практичне застосування замісної терапії для лікування опіоїдної наркозалежності в Херсонській області (на основі бупренорфіну). Термін реалізації проекту і кількість учасників досить обмежені і ще не дають підстав для узагальнювальних висновків. Водночас, програма вже увиразнила деякі соціальні проблеми, зумовлені впровадженням замісної терапії (поява у пацієнтів вільного часу, який треба заповнювати якоюсь діяльністю).

3. Використання підходу «рівний – рівному»

Завдання № 5

Вправа призначена для узагальнення й порівняння переваг та недоліків роботи за підходами «рівний – рівному» та «професіонал – клієнт».

Слухачі об'єднуються у дві групи: одна група визначає сильні та слабкі сторони роботи за підходом «рівний – рівному», інша група – сильні та слабкі сторони роботи за підходом «професіонал – клієнт».

Представники груп презентують свої матеріали.

Серед можливих відповідей можуть бути, зокрема, такі:

Сильні сторони	Слабкі сторони
Підхід «Рівний – рівному»	
– через наявність особистого досвіду працівники мають глибше розуміння проблем та потреб споживачів, – працівникам легше встановити довірливі стосунки зі споживачами і мати бажаний вплив на зміну їхньої поведінки на більш безпечну, – працівники можуть користуватися більшим, порівняно з працівниками-професіоналами, авторитетом серед громади, тобто інших споживачів, а відтак охоплювати більше коло клієнтів, – працівники можуть мати більшу	– працівники зазнають більшого особистого ризику (через імовірність повернутися самому до вживання), відтак вони мають більший ступінь і частоту професійного вигорання, – працівники не завжди мають відповідну професійну підготовку для здійснення цільових втручань, – залежно від наявності чи відсутності певного авторитету працівників у громаді споживачів наркотичних речовин можна очікувати, що вони матимуть різний успіх у спробах залучення інших

особистісну мотивацію до проведення роботи, що полягає в особистому утриманні від вживання, а відтак можуть більше прагнути бажаного результату, – працівникам легше вдається ідентифікувати та залучити до програм активних споживачів наркотиків.	споживачів.
Підхід «Професіонал – клієнт»	
– працівники можуть мати кращу фахову підготовку, – через відсутність «особистого залучення» працівники можуть об'єктивніше оцінювати ситуацію клієнта та зміни у стилі його життя, – працівники-неспоживачі можуть мати більший авторитет серед інших фахівців, з якими потрібно співпрацювати у випадку клієнта (наприклад, з представниками правоохоронних органів, медичними працівниками тощо).	– знання працівників більш теоретичні, працівникам інколи може бути складніше знайти «спільну мову» зі споживачами, – вплив діяльності працівників є обмеженим як за кількістю контактів, що їх вдається встановити одному спеціалісту, так і за тими результатами, що їх досягають працівники-професіонали, через відсутність чи недостатність довірливих стосунків із клієнтом.

4. Політичне забезпечення стратегії зменшення шкоди

Завдання № 6

Ця вправа має на меті перевірити знання слухачів щодо теми семінару.

Питання для обговорення: Яким є правове регулювання застосування стратегії зменшення шкоди в нашій країні? Якби ви оцінили загальне політичне забезпечення такої стратегії, які кроки, на Вашу думку, потрібно здійснити для її більшої політичної прийнятності?

В українському законодавстві немає норм, які б забороняли використання програм замісної терапії. Навпаки – ціла низка нормативно-правових актів вказує на необхідність застосування препаратів замісної терапії в Україні, зокрема:

- «Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, що підлягають спеціальному контролю відповідно до законодавства України» (23.03.1998);
- «Уніфіковані стандарти наркологічної допомоги населенню в лікувально-профілактичних установах України» (наказ МОЗ України № 226 від 27.07.1998);

- рішення Урядової комісії з питань боротьби з ВІЛ/СНІД від 30.11.2001 про сприяння проведенню програм лікування хворих на наркоманію із використанням замісної терапії неін'єкційними препаратами;
- Національна програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД на 2001–2003 рр.;
- Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 рр.;
- методичні рекомендації «Використання замісної терапії метадонем у лікуванні та реабілітації хворих із синдромом залежності від опіоїдів», розроблені Всеукраїнською наркологічною асоціацією та затверджені Українським центром наукової медичної інформації та погоджені з Департаментом організації медичної допомоги МОЗ 17.02.2004 р.

Аналіз українського національного законодавства свідчить, що воно ґрунтується на міжнародних принципах та нормах і здатне забезпечити скоординований, заснований на широкій участі, гласності й відповідальності підхід до проблеми ВІЛ/СНІДу, який об'єднує політику та програми реагування на ВІЛ/СНІД на всіх рівнях державного управління.

Водночас проблема недостатньої ефективності впроваджуваних програм профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу серед СІН значною мірою зумовлена браком визначених базових принципів державної політики щодо наркотиків, унаслідок чого чинні законодавчі пріоритети зорієнтовані на регулювання незначної частини питань, переважно стосовно обігу наркотичних засобів та прекурсорів. Невизначеними залишаються питання розподілу прав та повноважень між суспільством і громадянами, які мають проблеми, пов'язані з уживанням наркотиків; обов'язковості національних і місцевих програм дій протинаркотичного характеру, а також визначення джерел їхнього фінансування; системи адресної соціальної допомоги населенню, яке має проблеми внаслідок вживання наркотичних засобів. Наразі Україна не має ефективних програм профілактики та протинаркотичних дій соціальної спрямованості.

Хоча чинні законодавчі норми прямо не регламентують кримінальну відповідальність за вживання наркотичних речовин, вони дають змогу легко представити залежну від наркотику людину злочинцем, оскільки вживати наркотики, не виготовляючи їх самому або не купуючи їх, неможливо.

На законодавчому рівні в Україні не зафіксовано визнання стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків. Упроваджувані заходи базуються на окремих відомчих нормативно-правових актах і національних програмах, а не на конкретних законах. Наявні регламентації не передбачають профілактичних можливостей, закріплюють криміналізацію споживачів наркотиків, законодавчо фіксують необхідність дій лише в галузі третинної профілактики, оскільки концентрують увагу на боротьбі із кримінальними структурами чи лікуванні (примусовому) наркозалежних.

У зв'язку із суперечливим ставленням населення до запровадження замісної терапії в країні від початку, у тісній співпраці із ВООЗ, налагоджено науковий супровід з оцінки ефективності методу. Українські юристи визнають, що затримка із впровадженням замісної терапії в Україні фактично призводить до порушення права осіб, які страждають на наркоманію, на належну медичну допомогу та можливість вибору такого офіційно дозволеного методу лікування наркотичної залежності, як замісна терапія. Серед причин такої затримки називають: обмеженість коштів для впровадження (відповідної перепідготовки фахівців: медиків, соціальних працівників, організації паралельного здійснення заходів лікування та ресоціалізації, соціальної допомоги особам, залученим до програм замісної терапії – працевлаштування, допомога з житлом тощо), певне нерозуміння та неприйняття принципів замісної терапії багатьма фахівцями-наркологами й чиновниками як унаслідок дефіциту знань, так і через побоювання, що замісна терапія зменшить мотивацію наркозалежних осіб до повної відмови від вживання наркотиків, тощо.

5. Погляди й оцінки стратегії різними колами суспільства

Завдання № 7

Вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо можливих оцінок стратегії зменшення шкоди різними колами суспільства.

Слухачі об'єднуються у 6 груп. Кожна група представлятиме погляди та оцінку стратегії зменшення шкоди різними групами населення: батьки підлітків, політики, представники силових відомств, наркозалежні люди, медики-наркологи, представники церкви.

Завдання – розробити й представити по 4–5 аргументів «за» чи «проти» стратегії, виходячи з логічних чи емоційних її оцінок.

З-поміж аргументів кожної сторони щодо впровадження стратегії зменшення шкоди можуть бути наступні.

Батьки підлітків: ставлення до стратегії негативне; стратегія «пропагує» вживання наркотичних речовин; зусилля фахівців потрібно докладати у напрямі повної відмови споживачів від практики вживання; пропагувати безпечний секс – значить розбещувати молодь.

Політики: з наркоманією потрібно боротися; гасла такої боротьби та зусилля в її реалізації можна активізувати під час передвиборчого періоду; стратегія зменшення шкоди – це щось неоднозначне, адже різні люди дають різні, діаметрально протилежні її оцінки.

Представники силових відомств: наркозалежні люди – злочинці, їх потрібно карати; вживання наркотиків – злочин; наркозалежні люди не мають тих прав, що інші громадяни.

Наркозалежні люди (залежно від терміну залучення до програми зменшення шкоди): обмін шприців – це добре, важливо, щоб така можливість існувала; байдуже, існують такі програми чи ні; важливо поширювати програми зменшення шкоди.

Медики-наркологи (залежно від позиції, яку підтримують): програми зменшення шкоди – це нонсенс, це шкідливо для суспільства, оскільки це пропаганда наркоживання; програми зменшення шкоди – зайве витрачання коштів; такі програми потрібно повністю ліквідувати; зменшення шкоди – дієвий підхід у межах профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків; зменшення шкоди не лише змістовно, а й економічно виправдані дії; потрібно розширювати запровадження таких програм.

Представники церкви: програми зменшення шкоди є недоцільними, адже акцент у профілактиці ВІЛ має робитися на повній відмові споживачів від наркотиків; програми зменшення шкоди потрібно ліквідувати.

Лекція 3. Система догляду та лікування ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей (2 год)

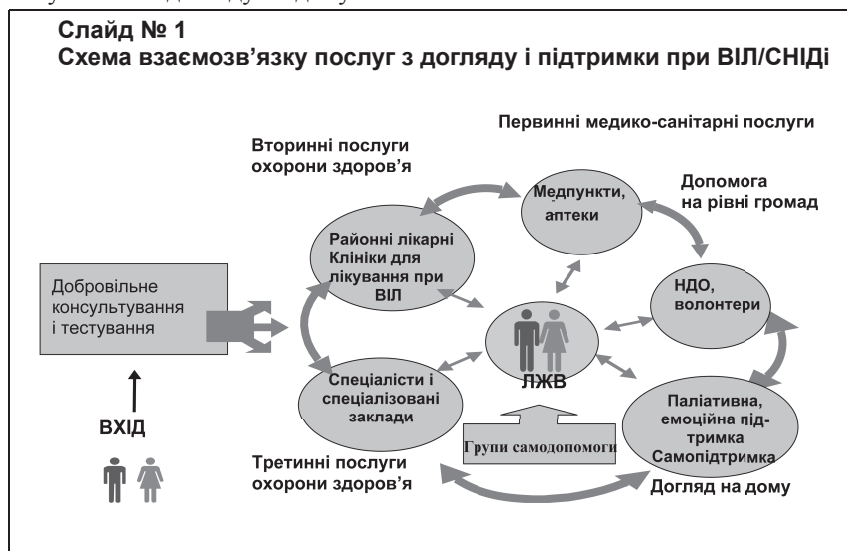
1. Мережа медичних та соціальних служб для людей з ВІЛ/СНІДом

Завдання № 1

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо теми заняття.

Слухачі мають висловити свої думки стосовно того, куди і як людина може звернутися по допомогу, починаючи від її бажання пройти тестування на ВІЛ.

Для того, щоб успішно боротися з ВІЛ/СНІДом, люди, які живуть з вірусом, повинні мати доступ до широкого спектра послуг з лікування, догляду і підтримки, які надаються комплексно. Така комплексна система догляду допоможе задовольнити потреби хворих по мірі погіршення їхнього стану на різних етапах розвитку ВІЛ-інфекції. Догляд повинен надаватися різними службами такої комплексної системи – службами добровільного консультування і тестування, закладами системи охорони здоров'я різного рівня і соціальними службами, громадськими центрами підтримки і службами із догляду на дому.



Офіційні заклади охорони здоров'я можуть направляти пацієнтів до громадських організацій, які, в свою чергу, можуть за необхідності направити своїх клієнтів до медичних закладів. На території району, який обслуговується, слід створити ефективну систему видачі направлень, куди повинні належати служби добровільного консультування і тестування, базові лікарні і медичні центри, а також служби з догляду на дому. Всі ці організації і заклади повинні працювати у партнерстві.

Для підвищення якості послуг необхідно, щоб всі спеціалісти і організації, залучені до цього процесу, підтримували тісні контакти одна з одною для забезпечення налагодження процесу надання медичних і соціальних послуг, утворювали мережу послуг. Концепція надання послуг у комплексі

заснована на потребі в допомозі на всіх етапах розвитку ВІЛ-інфекції, яка повинна забезпечуватися скрізь: починаючи з лабораторій добровільного консультування і тестування на ВІЛ, медичних закладів, соціальних служб, закінчуючи громадськими організаціями і доглядом на дому.

Для вирішення соціально-психологічних проблем ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей створюються ВІЛ-сервісні організації, які виконують такі функції:

- 1) освіта молоді, освіта груп ризику, освіта суспільства в цілому;
- 2) надання інформаційно-консультативної допомоги лікарів, психологів, юристів тощо;
- 3) підтримка людей, які мають ВІЛ-інфекцію, адже роботу такі організації ведуть з позицій повного прийняття, доброзичливості, повної анонімності. ВІЛ-сервісні служби також виконують профілактичну функцію.

Принцип комплексності надання послуг ВІЛ-позитивним та хворим на СНІД людям найкраще відображений і відтворений у моделі громадського центру комплексної допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Його завданням якраз і є надання комплексної допомоги ВІЛ-позитивним та хворим на СНІД людям і членам їхніх сімей шляхом надання психологічних консультацій, надання інформації, патронажу на дому та ін.

Слайд № 2
Послуги громадського центру:

- групи самопомоги для ВІЛ-позитивних людей;
- групи самопомоги для людей, залежних від психоактивних речовин;
- надання консультацій за принципом «рівний – рівному»;
- надання консультацій юриста;
- надання консультацій лікаря-інфекціоніста;
- надання консультацій психолога;
- надання телефонних консультацій з питань ВІЛ/СНІДу;
- проведення вільного часу (вечори відпочинку, дні іменинника, виїзди на природу, тематичні заняття з питань ВІЛ/СНІДу, перегляд відеоматеріалів, дискотеки, клуб знайомств тощо);
- патронаж на дому (консультування на дому, транспортування в медичні заклади, надання продуктових наборів, допомога в оформленні та відновленні документів тощо);
- волонтерський рух (навчання роботи на комп'ютері, тренінги, семінари, участь в акціях кампаніях тощо).

Робота в громаді, зокрема модель громадського центру з комплексної допомоги для людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, є найпоширенішим методом роботи з цією групою клієнтів за кордоном, зокрема у Великобританії, США. Проте цей різновид роботи лише набуває поширення в Україні.

Зараз в Україні порівняно добре розвинена робота недержавних ВІЛ-сервісних організацій, а також СНІД-центрів, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я. Проте ці заклади мало співпрацюють між собою.

2. Методи соціально-психологічної підтримки і реабілітації людей з ВІЛ/СНІДом

Поширеною думкою є та, що основна потреба людей із ВІЛ/СНІДом – це медичні препарати, зокрема, антиретровірусна терапія. Однак, використовуючи такий підхід, не можна задовольнити весь спектр медичних, емоційних, соціальних і економічних потреб ЛЖВ. Вони потребують комплексного лікування і догляду, соціально-психологічної підтримки, а не лише забезпечення лікарськими препаратами.

Слайд № 3
Методи соціально-психологічної реабілітації ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей:
– дотестове та післятестове консультування;
– групи самопомоги для людей з ВІЛ;
– робота з родичами та близькими ВІЛ-інфікованих людей;
– представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІД. Медіа-представництво.

Дотестове та післятестове консультування. Добре, коли дотестове та післятестове консультування проводить один і той самий спеціаліст. Налагодивши на початку довірливі стосунки з клієнтом, він зможе найкраще оцінити та керувати реакціями клієнта на результат тестування.

Слайд № 4
До- та післятестове консультування
Основна мета консультування людей, які проходять тестування на ВІЛ, – оцінка ризику та його зменшення, просвітницька робота з питань ВІЛ/СНІДу, пояснення результатів тесту.

Дотестове консультування є обов'язковим для всіх клієнтів, яким роблять тести. В його процесі виявляють необхідність тестування, оцінюють загальний стан здоров'я, наявність ризикованої поведінки, обговорюють зниження шкоди, пояснюють зміст і значення тесту, готують до результату

тестування. Клієнт отримує інформацію про так званий період «вікна» в перебігу хвороби, про безпечну поведінку і засоби захисту від ВІЛ-інфекції. Крім того, клієнту потрібно надати психологічну підтримку, оскільки він зазвичай перебуває в стані стресу, очікуючи результатів тесту.

Під час дотестового консультування необхідно обговорити такі аспекти, як:

- 1) оцінка ризику;
- 2) точність тестування на ВІЛ, наявність періоду «вікна» (проміжку часу між зараженням ВІЛ і появою антитіл до ВІЛ, наявність яких можна визначити лабораторним способом);
- 3) розуміння безпечного сексу (особливості статевої поведінки, частота зміни статевих партнерів, використання презервативів), безпечного щодо ВІЛ вживання наркотиків;
- 4) «за» і «проти» тестування на цьому етапі (Як зараз може відреагувати ця людина на позитивний результат? Чи є достатня клінічна підстава для необхідності тесту? Чи не вагітна жінка, яку консультують?);
- 5) процедура тестування, включаючи те, як робиться тест, процедура видання результатів, післятестове консультування і кому розповідати про проходження тесту;
- 6) конфіденційність (дискусія про шляхи захисту персональної конфіденційності; багато людей не приховують факту тестування, очікуючи, що воно дасть негативний результат. Це може створити серйозні проблеми для збереження конфіденційності, якщо результат виявиться позитивним);
- 7) післятестові проблеми, зокрема післятестове консультування (як людина може відреагувати на позитивний і негативний результат, які доступні клінічні і соціальні служби);
- 8) потреби певних груп (чоловіки-гомосексуали і бісексуали, залежні від психоактивних речовин, які вживають ін'єкційні наркотики, жінки, які перебувають під передпологовим наглядом, мають різні потреби).

Післятестове консультування проводиться за різними схемами – залежно від результату тестування:

- 1) для ВІЛ-негативних осіб з груп низького ризику;
 - 2) для ВІЛ-негативних осіб з груп високого ризику;
 - 3) для тих, хто виявився інфікованим ВІЛ і потребує підтримки.
- Будь-яке післятестове консультування повинно бути конфіденційним і проводитися наодинці з клієнтом. Ніколи не слід повідомляти результат по телефону.

Під час післятестового консультування при негативному результаті консультант повинен повторити всю інформацію, яку він надавав до тестування.

Післятестове консультування при позитивному результаті є власне кризовим консультуванням. У його ході потрібно:

- після періоду попередньої адаптації клієнту потрібно дати чітке фактичне пояснення значення результату;
- дати час клієнтові для сприйняття повідомлення;
- не варто обговорювати можливий хід прогресування хвороби у клієнта, тривалість його життя, проте необхідно детально пояснити різницю між ВІЛ-інфекцією і СНІДом, дати чітку інформацію про довгострокову природу ВІЛ-інфекції і про процес розвитку хвороби.
- повідомити клієнта, що він є носієм ВІЛ-інфекції все його життя і що йому необхідно подумати про те, щоб не заразити свого сексуального партнера чи партнерів по введенню наркотиків;
- обговорити з клієнтом коло осіб, яких слід інформувати про ВІЛ-інфекцію, можливу реакцію на це різних людей;
- пояснити клієнту, де можна отримати психоемоційну підтримку і допомогу під час критичних ситуацій (кризове консультування); надати інформацію про наявність і доступність антиретровірусної терапії;
- налаштувати клієнта на регулярні планові зустрічі зі спеціалістом у галузі ВІЛ-інфекції;
- підтримувати позитивні тенденції мислення.

Післятестове консультування повинно виявляти суїцидальні наміри і коригувати їх. Потреба в подальшому консультуванні має змінний характер, залежить від психосоціальної стабільності клієнтів і проводиться по мірі появи проблем.

Групи самопомоги. Група самопомоги/взаємодопомоги – це колектив людей, об'єднаних спільною життєвою проблемою чи ситуацією. Це може бути:

- хронічне захворювання чи залежність, якої учасники групи хочуть позбутися;
- пережита учасниками особиста трагедія, психологічні наслідки якої вони хочуть подолати;
- ситуація неприйняття суспільством і потреба відстоювати свої права чи стиль життя.

У групи взаємодопомоги можуть об'єднуватися або безпосередньо люди, в яких є серйозна проблема, або їхні близькі – рідні і друзі. З їхньою допомогою організовують кампанії за зміну соціальних установок та на захист інтересів і прав.

Слайд № 5

Ресурси групи самопомоги використовують з метою:

- надання можливостей мати задоволення у житті;
- полегшення способів розпізнання та задоволення власних потреб;
- допомоги у вираженні своїх потреб і почуттів, навчання надавати та отримувати допомогу;
- використання групового процесу для розуміння і подолання перепон, що заважають отримувати підтримку, допомогу та опікуватися своїми потребами.

Учасники групи взаємодопомоги ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей діляться своїми почуттями і накопиченим досвідом, і це дає кожному унікальне відчуття співпереживання і взаємної підтримки, а також дозволяє зібрати разом практичну інформацію і способи подолання труднощів. Такі групи управляються самими учасниками та діють для їхнього блага. Деякі групи розширюють сфери своєї діяльності. Крім внутрішнього обговорення поточних проблем і шляхів їхнього розв'язання, вони можуть, наприклад, надавати інформацію і допомогу іншим людям, які зіткнулися з проблемою ВІЛ-інфекції. Іноді в роботі групи беруть участь спеціалісти – лікарі, юристи, психологи та ін. Деякі групи мають оплачуваних працівників, інші діють цілком на добровільній основі.

Створення і розвиток груп може відбуватися різними шляхами, в більшості випадків ініціаторами створення групи є або самі ВІЛ-позитивні та хворі на СНІД люди, або спеціалісти, які їх обслуговують (наприклад, медичні працівники, соціальні працівники), які бачать необхідність в додатковій морально-психологічній підтримці своїх клієнтів чи їх близьких. З часом неформальна група може перетворитися в організацію з власним юридичним статутом чи стати структурною частиною громадської організації, яка вже існує. Інші групи спеціально зберігають свою неформальність. Деякі групи створюються на певний період часу, а потім розпадаються, наприклад коли бажані зміни досягнуті.

Робота з родичами та близькими ВІЛ-інфікованих людей. Сім'ям, які доглядають за хворими, необхідно надавати підтримку, щоб втримати такі

сім'ї від розпаду і допомогти людям, які піклуються про людей із ВІЛ/СНІДом, займатися важливими справами. Тому близьким і родичам ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей мають бути передбачені такі ж послуги з соціально-психологічної підтримки, як і для самих клієнтів, а саме: консультування (психологічне, інформаційне тощо), групи самопомоги, захист прав та інтересів.

Робота з родичами і близькими ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей закладена як у пакетах послуг ВІЛ-сервісних організацій, так і громадських центрів з комплексної допомоги.

4. Представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІДом. **Медіа-представництво**

Слайд № 6

Представництво інтересів (адвокація) – це процес, спрямований на зміну політики, законів і практик, які використовуються впливовими людьми, групами або закладами.

Робота з представництва інтересів може бути спрямована на впливових людей будь-якого рівня. Виділяють три рівні адвокації: 1) місцевий (село, район, місто, область тощо); 2) національний (вся країна); 3) міжнародний (більше ніж одна країна).

Процес представництва інтересів складається з таких кроків:

1. Вибір проблеми або питання, з яким ви будете працювати.
2. Аналіз і дослідження проблеми/питання.
3. Постановка конкретних цілей вашої роботи з адвокації.
4. Визначення цільової групи.
5. Знаходження або виявлення союзників.
6. Пошук ресурсів.
7. Створення робочого плану.
8. Здійснення, моніторинг і оцінка.

Слайд № 7

Методи адвокації:

- аналіз закону і політики або їх дотримання;
- публікація брифінгу або інформаційних повідомлень;
- робота зсередини системи;

- лобювання або участь у зустрічах з менеджерами;
- збори;
- театралізовані вистави;
- прес-реліз;
- інтерв'ю в засобах масової інформації;
- прес-конференція;
- проведення кампанії з написання листів;
- подання петиції;
- написання листа або статті в газету;
- проведення громадської демонстрації;
- організація бойкоту або забастовок;
- залучення знаменитості;
- публікація про дослідження з рекомендаціями про реформи.

Усі ці методи представництва інтересів клієнтів можуть використовувати соціальні працівники і менеджери системи громадського здоров'я для представництва інтересів ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей. В Україні часто говорять про порушення прав людей, які живуть з ВІЛ. Проте відомо лише декілька прецедентів, коли ВІЛ-позитивні люди звернулись за правовою допомогою. Зазвичай люди не звертаються до суду, оскільки бояться розголошення діагнозу, що тісно пов'язано з питанням дискримінації та стигматизації людей із ВІЛ/СНІДом.

Сильним інструментом впливу на осіб, що приймають рішення, могло б бути залучення мас-медіа до захисту інтересів людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Так, якісна соціальна реклама по телебаченню та радіо допомогла б суттєво збільшити кількість звернень до закладів тестування на ВІЛ та ВІЛ-сервісних організацій. Люди мають знати, що такі послуги надаються анонімно і безкоштовно.

Методами медіа-представництва є: прес-реліз, інтерв'ю в засобах масової інформації, прес-конференція, написання листа або статті в газету.

Завдання № 2

Ця вправа призначена для закріплення матеріалу теми заняття.

Слухачі мають об'єднатися у групи по 3–4 людини.

Кожна група обирає один з методів медіа-представництва та складає план дій щодо захисту інтересів уявного ВІЛ-позитивного клієнта.

Кожна група представляє свій випадок, після чого йде обговорення.

Зауважимо також, що форми і методи роботи з ВІЛ-позитивними людьми певною мірою варіюються від того, на якому етапі захворювання перебуває людина.

Слайд № 5 Форми і методи соціальної роботи з ВІЛ-позитивними людьми			
Безсимптомна стадія	ПГЛ (персистуюча генералізована лімфаденопатія)	СНІД-АК (комплекс, пов'язаний зі СНІДом)	СНІД
Добровільне консультування та тестування, профілактика ЗПСШ			
Психосоціальна підтримка			
		Профілактика та лікування опортуністичних інфекцій	
			ВААРТ
			Допомога на дому, паліативна допомога

Зауважимо також, що психосоціальна допомога може бути надана у формі індивідуального психологічного і соціально-психологічного консультування, індивідуальної, сімейної або групової соціальної чи психотерапевтичної роботи.

Таким чином, форми і методи соціальної роботи з ЛЖВ визначаються загальними фаховими підходами до організації роботи на різних рівнях надання допомоги, а також стандартами надання допомоги цій групі осіб, їхніми потребами на різних етапах захворювання.

4. Програми догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми: економічні аспекти

Створення цілісної мережі лікування та догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми потребує суттєвих фінансових витрат. Опосередковані економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу проявляються у втраті працездатності частиною людей працездатного віку, необхідності розширення системи соціального захисту тощо.

Вважається, що профілактика є економічно вигіднішою, ніж лікування і догляд, тому в нашій країні діє чимало програм з профілактики, чого не можна сказати про догляд. Зараз в Україні Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, реалізується дві більш-менш повноцінні

програми з догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми на дому в Києві і Одесі. Цього, зважаючи на епідеміологічну ситуацію в країні, явно недостатньо.

Щодо фінансування заходів по боротьбі з ВІЛ/СНІДом у цілому, то ситуація виглядає таким чином: бюджетне фінансування протягом 1995–1997 рр. було недостатнім внаслідок економічної кризи податкових надходжень, що різко скоротилися. Кошти, надані міжнародними донорами, стали значним внеском у діяльність України щодо подолання ВІЛ/СНІДу. Після заснування Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в 2001 році фінансування значно збільшилося, а саме – Міністерству охорони здоров'я для зменшення рівнів захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, виділено \$ 16,9 млн. Нещодавно Україна отримала позику від Світового Банку у розмірі \$ 60 млн, частина з яких виділятиметься на діяльність, спрямовану на зменшення шкоди та запобігання поширенню ВІД/СНІДу, а частина – на надання матеріальних і технічних ресурсів медичним закладам та на ліки. Тобто коштів на програми догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми не передбачено.

Загалом, програм по догляду за людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом, обмаль, оскільки фінансування на них виділяється недостатнє через їх фінансову невідповідність і неефективність.

Семінар 5. Організація підтримки і реабілітації людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (2 год)

1. Догляд у громаді за людьми з ВІЛ/СНІДом і споживачами ін'єкційних наркотиків

Громадські групи по догляду за ВІЛ-позитивними та хворими на СНІД людьми створені практично скрізь, де виникла епідемія, як у найбагатших, так і у найбідніших країнах. Вони продемонстрували вражаючі результати.

Завдання № 1

Ця вправа має на меті перевірити розуміння слухачами поняття «громада».

Питання для обговорення: Що ми розуміємо під громадою? Які елементи вона може мати? Які форми роботи з громадою вам відомі?

Громада – доволі суперечливе поняття. Часто цей термін вживають у двох значеннях: 1) територіальна громада (об'єднує людей, котрі мешкають в одній географічній місцевості); 2) громада за інтересами/прихильністю (об'єднує людей, котрі мають спільні проблеми, наприклад дітей-інвалідів, або людей, котрі мають спільні інтереси, соціальні зв'язки або характеристики). Люди гуртуються в громади, оскільки вони потребують соціальних зв'язків, громада посилює впевненість і відчуття соціальної належності, може допомогти у піднесенні якості життя.

Практична діяльність соціального працівника в громаді, відповідно до однієї з класифікацій (Д. Ротмана), відбувається за такими напрямками:

– місцевий розвиток або розвиток населеного пункту – організовані зусилля людей щодо поліпшення умов життя в громаді та здатності людей до участі в цьому житті;

– соціальне планування – технічний процес розв'язання проблем у таких сферах, як правопорушення, забезпечення житлом, проблеми психічного здоров'я тощо;

– соціальна дія – передбачає наявність вразливих груп населення, котрі потребують сприяння у висуванні своїх вимог до ширшої громади.

Завдання № 2

Ця вправа призначена для закріплення матеріалу.

Група ділиться на 3 підгрупи, кожна з яких має розробити схему громади для ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей, а також описати діяльність соціального працівника за одним із вищезазначених напрямів. Один учасник з кожної підгрупи робить невелику презентацію своєї схеми, після чого усі слухачі обговорюють ці схеми.

3. Модель громадського центру комплексної допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом

Завдання № 3

Ця вправа призначена для актуалізації теми заняття.

Бажаючи слухачі обговорюють, що таке громадський центр комплексної допомоги, в чому його призначення, які послуги передбачає ця модель для ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей.

Нині дедалі актуальнішим стає комплексний підхід до надання допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Комплексна допомога – це система всебічного догляду та підтримки клієнтів, що включає в себе психологічні та соціальні послуги, консультації юриста та лікаря, інформаційну підтримку, групи самопомоги, організацію дозвілля. Комплексна допомога

ВІЛ-позитивним особам на базі громадських центрів – це новий перспективний напрям роботи з цією групою клієнтів. На сьогодні в Україні діє сім таких центрів – у Києві, Полтаві, Одесі, Чернігові, Кривому Розі, Миколаєві та Сімферополі.

Модель громадського центру комплексної допомоги людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом, є прикладом організації роботи в територіальній громаді. Одним із візирів закладу є Київський громадський центр комплексної допомоги. Сьогодні він працює за двома напрямками – немедичний догляд і підтримка клієнтів та клубна діяльність.

Слайд 1. Структура громадського центру



Одним з ключових напрямів роботи громадських центрів вважається послуга по догляду на дому за людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Він важливий через те, що по мірі зростання епідемії все більша кількість людей потребує такої допомоги. У людей, які живуть з ВІЛ, через певний час можуть виникнути проблеми зі здоров'ям, і декому з них потрібне стаціонарне лікування. Госпіталізація необхідна у випадку розвитку серйозної інфекції або погіршення стану, коли потрібне інтенсивне лікування і щоденний догляд медичних спеціалістів. Однак лікарняна атмосфера не завжди корисна для тих, хто починає почуватися краще. Відмова від госпіталізації і направлення пацієнта додому на ранніх стадіях захворювання може принести більше користі, звичайно, за умови, якщо людини поза лікарнею має всі належні умови.

В Україні громадські центри комплексної допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, почали виникати лише в 2004 році. А от деякі західні країни, зокрема Сполучені Штати Америки, мають значний досвід у такій роботі. Варто відзначити, що немає єдиної моделі таких центрів для всієї Америки, більшість штатів пішло шляхом створення великих центрів, які мають значні ресурси для всебічного задоволення потреб ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей. До провідних програм таких центрів належать:

- програма медичних послуг, яка пропонує традиційну медичну допомогу;
- допомога клієнтам у подоланні негативних наслідків прийняття медикаментів (зазвичай проводять групове та індивідуальне консультування);
- стоматологічне обслуговування;
- програма психічного здоров'я, в якій працюють психіатри, психологи, соціальні працівники, професійні волонтери. Вона передбачає консультування на всіх рівнях – індивідуальному, парному, сімейному, груповому;
- робота в групах підтримки;
- грошова компенсація отриманої професійної платної допомоги в іншому медичному закладі;
- консультування і лікування алкогольної і наркотичної залежностей;
- тестування на ВІЛ і консультування;
- надання житла ВІЛ-позитивним та хворим на СНІД людям.

Семінар 6. Психосоціальна підтримка людей, яких зачепила проблема ВІЛ/СНІДу (2 год)

1. Дотестове та післятестове консультування

Методи психосоціальної підтримки людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, мають застосовуватися в комплексі, проте на кожній із стадій розвитку хвороби варто робити акцент на певних послугах.

Завдання № 1

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо мети та змісту дотестового та післятестового консультування.

Групове обговорення: У чому полягає мета та зміст консультування людей з ВІЛ?

Консультування з питань ВІЛ/СНІДу складається з:

- дотестового консультування;
- проходження тесту і очікування результату;
- повідомлення результату (консультування при негативному результаті, консультування при позитивному результаті – післятестове консультування);
- у випадку позитивного результату проводиться повторне консультування: під час лікування і догляду клієнта; при появі опортуністичних інфекцій; для підготовки і прийняття смерті.

Завдання № 2

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо сутності дотестового консультування.

Групове обговорення: Які фактори необхідно враховувати при дотестовому консультуванні? Якими є етапи такого консультування?

Викладач фіксує основні положення на дошці.

Етапи дотестового консультування:

1. Обговорення питання конфіденційності. Вважається, що краще дотестове консультування починати з обговорення цього питання. Варто детально пояснити, яка інформація є конфіденційною.
2. Визначення наявності чи відсутності факторів ризику: особливості статевої поведінки клієнта; частота зміни статевих партнерів; використання презервативів; наявність ВІЛ-інфекції серед його статевих партнерів; факт ін'єкційного вживання наркотиків; наявність серед статевих партнерів ЧСЧ, працівників секс-бізнесу; чи переживав

клієнт процедуру переливання крові або пересадку органів; нестерильні проникаючі процедури.

3. Оцінка того, чи розуміє клієнт інформацію, яку йому надають; чи задумувався про зміну ризикованої поведінки; як він реагуватиме в разі позитивного результату; чи є в нього можливість отримати необхідну підтримку.
4. Оцінка знань клієнта про ВІЛ-інфекцію, про тест. Необхідно розказати про «період вікна», про антиретровірусну терапію.
5. Необхідно переконатися, що клієнт правильно розуміє поняття «позитивний», «негативний» і «невизначений» результати.

Завданням дотестового консультування є вироблення клієнтом усвідомленого рішення («інформованої згоди») щодо проходження обстеження на антитіла до ВІЛ.

Завдання № 3

Ця вправа призначена для практичного закріплення знань щодо сутності дотестового консультування.

Два добровольці сідають в середині кола один навпроти іншого. Один з них – соціальний працівник, який проводить до тестове консультування, інший – клієнт. Соціальний працівник проводить коротке дотестове консультування, після чого всі слухачі обговорюють, що соціальний працівник зробив неправильно, що правильно, чого не зробив.

Завдання № 4

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо сутності післятестового консультування.

Групове обговорення: Яку інформацію консультант повинен надати під час післятестового консультування в разі позитивного і негативного результату?

Послідовність консультування при негативному результаті:

1. Потрібно нагадати клієнту основну інформацію, надану йому до тестування.
2. Обговорення значення отриманого результату.
3. Нагадування про «період вікна».
4. Рекомендація пройти повторне тестування через 3–6 місяців.
5. Обговорення питання найменш ризикованої поведінки.

При отриманні невизначеного результату:

1. Обговорення з клієнтом значення отриманого результату.
2. Пояснення, за яких обставин буває невизначений результат.

3. Пояснення, що для уникнення помилки потрібно пройти повторний тест.

При отриманні позитивного результату потрібно:

1. Повідомляти результат зрозуміло і коротко.
2. Надати клієнту час для усвідомлення повідомлення.
3. Спостерігати реакцію клієнта на повідомлення про наявність у його крові антитіл до ВІЛ.
4. Пояснити простими словами, що таке ВІЛ, як він впливає на імунну систему, чим відрізняється від СНІДу.
5. Уникати розмірковувань щодо перспектив клієнта, пояснити, що детальніше ці питання можна буде обговорити після завершення обстеження в спеціалізованому закладі.
6. Вислухати розповідь клієнта про почуття, пов'язані з ВІЛ.
7. Пояснити, що діагноз і стадія захворювання будуть остаточно визначені в Центрі профілактики і боротьби з ВІЛ.
8. Звертати увагу клієнта на уникнення ризикованої поведінки.
9. Пояснити клієнту, що він в змозі не лише попередити зараження ВІЛ інших людей, а й уникнути повторного зараження.
10. У разі необхідності повторно проводити бесіду з клієнтом.

Завдання № 5

Ця вправа призначена для практичного закріплення знань.

Два добровольці сідають в середині кола один навпроти одного. Один з них – соціальний працівник, який проводить післятестове консультування при позитивному результаті, інший – клієнт. Працівник проводить коротке консультування, після чого всі слухачі обговорюють, що соціальний працівник зробив неправильно, що правильно, чого не зробив.

2. Групи самопомоги для людей з ВІЛ

Завдання № 6

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо основних аспектів роботи груп самопомоги для людей з ВІЛ.

Групове обговорення: Що таке група самопомоги? Як використовуються ресурси групи? Як створюються і діють групи самопомоги для людей з ВІЛ?

Принципи діяльності груп взаємодопомоги для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом:

- Групи допомагають людям, які переживають серйозну проблему, позбавитися почуття ізоляції, самотності й нерозуміння оточуючих.

- Групи дають людям можливість об'єктивніше оцінити власну ситуацію.
- Допомагаючи іншим, допомагаєш собі. Практична допомога і емоційна підтримка.
- Оптимізм.
- Взаємодопомога як суспільний рух.

3. Робота з родичами та близькими ВІЛ-позитивних людей

Завдання № 6

Ця вправа призначена для актуалізації знань слухачів щодо основних аспектів роботи з родичами і близькими людей з ВІЛ/СНІДом.

Групове обговорення: Які основні методи роботи з родичами і близькими людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом?

Блиьким і родичам ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей мають бути передбачені такі ж послуги з соціально-психологічної підтримки, як і для самих ЛЖВ, а саме:

- консультування (психологічне, інформаційне, юридичне тощо);
- групи самопомоги;
- представництво інтересів.

4. Представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІДом. Медіа-представництво

Завдання № 7

Ця вправа призначена для перевірки знань слухачів щодо основних аспектів представництва людей з ВІЛ, медіа-представництва їхніх інтересів.

Групове обговорення: Що таке представництво інтересів (адвокація)? Які рівні, кроки та методи адвокації ви знаєте? Як можна залучати ЗМІ до здійснення представництва інтересів людей з ВІЛ/СНІДом?

До методів представництва інтересів, зокрема, належать прес-реліз, інтерв'ю в засобах масової інформації, прес-конференція, написання листа або статті в газету тощо. Вони стають методом діяльності з відстоювання інтересів лише в тому випадку, коли: 1) публіка в цілому є «непрямою мішенню», яка може вплинути на пряму мішень; 2) мішенню статті або теле- чи радіопередачі є впливові люди.

Прес-реліз – стандартний формат представлення якоюсь організацією свого матеріалу ЗМІ. Його метою є:

- підкреслити ставлення організації до певної події або дії;
- привернути увагу до питання; забезпечити ключовою інформацією стосовно якогось питання, події або дії;
- дати попередню оцінку подіям; розповсюдити промову перед виступом;
- оголосити про початок нової кампанії і забезпечити позитивні відгуки про неї;
- дати звіт про зустріч; повідомити про рішення, прийняте організацією або групою.

Інтерв'ю у ЗМІ – це бесіда між репортером і особою, яка може розповісти цікаве, що можна покласти в основу публікації або теле- чи радіопередачі. Інтерв'ю може бути реакцією на щось або попереджувати події. Головне, що потрібно вміти при організації вдалого інтерв'ю, – це гарно знати предмет розмови і добре підготуватися, дати відповідь на ті питання, які, як ви вважаєте, вам будуть ставити.

Мета **прес-конференції** – домогтися якнайширшого висвітлення якогось питання у ЗМІ. Вона являє собою зустріч організації або групи організацій з журналістами, під час якої журналісти спочатку вислуховують промовців, а потім ставлять запитання. За формою проведення прес-конференція схожа на дискусію, але її завданням є не обговорення, а привернення уваги публіки до того питання, якому присвячена діяльність із захисту інтересів ВІЛ-позитивних людей.

Прес-конференція потребує ретельної підготовки, для неї потрібен вагомий інформаційний привід, її доцільно використовувати лише в тому випадку, коли результат цього виправдовує витрати на неї. Необхідно ретельно продумати питання конфіденційності, особливо коли обговорюються або залучаються до дискусії люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, оскільки вони можуть не бажати, аби їхній ВІЛ-статус став відомим значній кількості людей.

Написання листа або статті в газету може виявитися ефективним, якщо вдасться знайти відповідну «зачіпку» (тобто те, що зробить ваш лист цікавим і важливим для читачів) і якщо ви зможете вкластися в кілька сотень слів або навіть менше. Деякі газети публікують статті в жанрі «точка зору», написані особами, які мають кваліфікацію в певній галузі або цікаву точку зору на проблему. На відміну від розділу новин, у цих статтях може бути відкрито викладена особиста точка зору.

Семінар 7. Лікування людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом (2 год)

1. Проблеми впровадження АРВ-терапії

Завдання № 1

Призначене для актуалізації знань слухачів щодо антиретровірусної терапії.

Групове обговорення: Що таке антиретровірусна терапія? Які проблеми її впровадження вам відомі?

Антиретровірусна терапія (АРТ), або високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ), або ж комбінована терапія (або три-, чотири-терапія) – це лікування, яке дає змогу продовжити стадію безсимптомного вірусносійства та відстрочити клінічні прояви СНІД. Вона передбачає одночасне застосування комбінації з трьох і більше антиретровірусних препаратів і є стандартним методом лікування ВІЛ-інфекції.

Ключові цілі ВААРТ

- продовження життя людей, які живуть з ВІЛ;
- підтримання якості життя хворих із безсимптомною інфекцією;
- покращення якості життя хворих з клінічними проявами вторинних захворювань;
- запобігання розвитку тяжких опортуністичних захворювань, які становлять загрозу для життя;
- зменшення необхідних витрат на лікування (завдяки використанню ВААРТ відпадає необхідність у госпіталізації, лікуванні вторинних захворювань, оплати листів непрацездатності, оформлення групи інвалідності), а також збільшення користі для суспільства внаслідок продовження життя пацієнта;
- зменшення ризику передачі ВІЛ-інфекції (в першу чергу перинатальної, а також медичним працівникам у випадку «аварії» при наданні допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам).

ВААРТ фактично змінила характер захворювання, викликаного вірусом ВІЛ, – тепер ця інфекція переведена з розряду смертельних захворювань в хронічне, проте доволі стабільне захворювання, яке потенційно піддається лікуванню, а не як вирок неминучого летального кінця.

Допоки не знайдено вакцинації чи засобу вилікування ВІЛ, пригнічення розмноження ВІЛ дає хворим найкращі можливості для тривалого активного життя.

Завдання № 2

Ця вправа призначена для визначення труднощів впровадження АРВ-терапії.

Питання для обговорення: Які перешкоди на шляху широкомасштабного застосування антиретровірусної терапії ви можете назвати? З чим вони пов'язані?

Від п'яти до шести мільйонів людей, які живуть в країнах з низьким і середнім рівнем доходів, потребують негайного антиретровірусного лікування. Оцінки показують, що доступ до антиретровірусного лікування мають менше ніж 10 % у всіх регіонах, крім Північної і Південної Америки. В деяких країнах Південної Америки, включно з Аргентиною, Бразилією, Кубою, Мексикою, Уругваєм і Чилі, забезпечується всезагальний доступ до антиретровірусної терапії. В деяких інших країнах – Барбадосі, Колумбії, Коста-Ріці і Парагваї – лікування охоплено близько дві третини тих, хто потребує.

За даними ВООЗ, в Україні лікування потребують 15 тис. людей. Проте у 2002 році лікування отримувало лише 35 осіб. У 2003 році ситуація поліпшилася досить умовно. Так, за кошти державного бюджету з початку 2003 року отримали антиретровірусну терапію 65 хворих на СНІД, у той час як офіційно хворобу було діагностовано у 5432 дорослих і дітей.

Причини, з яких не всі ВІЛ-позитивні люди отримували терапію:

- фактично повна відсутність антиретровірусної терапії (в Україні таке становище спостерігалось до 2004 року);
- доступність лікування, але недостатня кількість препаратів;
- занадто висока вартість АРВ-препаратів.

Незважаючи на те що зараз світова спільнота намагається розширити доступ до ВААРТ і в багатьох країнах є фінансові можливості, а ціни на ліки і засоби діагностики доступні, усе ж АРВ-терапія не користується надто великим попитом. Причини цього:

- брак інформації стосовно АРВ-терапії;
- брак інформації стосовно доступності АРВ-терапії (зокрема, це спостерігається в Україні);
- недостатня інформованість лікарів і медперсоналу про АРВ-терапію;
- небажання і страх ВІЛ-позитивних людей розкривати свій статус (проблема дискримінації);
- недовіра ВІЛ-позитивних людей до АРВ-терапії (спричинена тривалістю лікування, його токсичністю, а також проблемою прихильності до лікування);
- небажання населення тестуватися на наявність ВІЛ в організмі.

Останніми роками ціни на антиретровірусні препарати значно знизилися, і це допомогло забезпечити можливість розширення доступу до лікування. В 2000 році ціни на світовому ринку на антиретровірусні препарати першого ряду для проведення рекомендованої терапії коливалися від 10 до 12 тис. дол. США на одного пацієнта в рік. Зниженню цін сприяло сполучення кількох факторів, зокрема пропагандистська робота, яка проводилася людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом, а також світовими лідерами. На початку 2002 року конкуренція з боку виробників препаратів-генериків і практика диференційованого ціноутворення фармацевтичних компаній привели до серйозного зниження цін, особливо у країнах з низьким рівнем доходів. Ціна на деякі комбінації генериків впала до 300 доларів США на людину в рік.

Ще однією з проблем впровадження ВААРТ є недостатня кількість лікарів-інфекціоністів, які мають відповідні знання і навички для правильного підбору схеми, призначення терапії і супроводу конкретного пацієнта.

2. Прихильність до АРВ-терапії. Шляхи та методи впровадження прихильності до АРВ-терапії

Завдання № 3

Призначене для актуалізації знань слухачів щодо прихильності до АРВ-терапії.

Групове обговорення: У чому полягає поняття прихильності до АРВ-терапії? Як можна сформулювати прихильність до терапії?

На ефективність лікування АРВ-терапією впливають одночасно кілька факторів.

1. *Правильний вибір лікарських препаратів* (поєднання цих трьох/чотирьох лікарських препаратів називають схемою): схема повинна бути високоефективною навіть при високій концентрації РНК ВІЛ; ефективність схеми має бути високою протягом тривалого періоду (два-три роки); схема повинна бути підібрана з урахуванням можливої наявності резистентності ВІЛ, а також з урахуванням можливості появи резистентності; схема повинна бути максимально зручною для прийому пацієнтом і максимально безпечною для нього (мати якомога менше побічних ефектів); схема має бути підібрана з урахуванням прийому інших лікарських препаратів для лікування опортуністичних інфекцій і захворювань.

2. *Правильне дотримання пацієнтом терапевтичного режиму*: прийом препаратів у певний час, у визначеній дозі, з дотриманням дієти (якщо

необхідно), відсутність пропусків у прийомі ліків. Таке дотримання режиму прийому ліків називається прихильністю до ВААРТ.

Для оптимального пригнічення розмноження вірусу за схемою ВААРТ необхідно чітко дотримуватися призначеного режиму лікування. Результати досліджень продемонстрували, що для досягнення оптимального результату хворий повинен прийняти 90–95 % призначених доз ВААРТ, завдяки чому імовірність встановлення стійкого контролю за вірусом зростає, і навпаки, погане дотримання режиму лікування підвищує вірогідність негативного у вірусологічному плані результату – розвитку резистентності до ліків, що, в свою чергу, обмежує ефективність лікування. *Резистентність* – це стійкість до лікарських препаратів. Незважаючи на наявність принаймні 15 затверджених антиретровірусних препаратів, тривале пригнічення реплікації вірусу досягається лише у невеликій кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які отримують ВААРТ. Такий стан речей пояснюється токсичністю, незадовільним дотриманням призначених правил прийому препаратів, відсутністю ефективності та фармакокінетичними взаємодіями.

На жаль, незадовільне дотримання схеми лікування стає причиною приблизно половини випадків його неефективності.

Визначають низку критеріїв, за якими можна передбачити недостатній рівень прихильності до лікування, зокрема:

- незадовільні стосунки між лікарем та хворим;
- активне вживання наркотичних речовин та алкоголю;
- психічні захворювання в активній фазі, зокрема депресія;
- низька самооцінка хворого;
- низький рівень грамотності та нездатність розібратися у призначених ліках;
- відсутність надійного доступу до первинної медичної допомоги або до лікарського препарату.

Інтервенції для покращення прихильності зазвичай спрямовуються на три ключові компоненти: інформування людей про ВІЛ-інфекцію та методи її лікування; формування чи зміна поведінки, пов'язаної з дотриманням режиму лікування, та надання емоційної підтримки клієнтам. Ці стратегії формування прихильності в літературі називають когнітивними, поведінковими та афективними.

Когнітивні стратегії, які застосовуються з метою навчання, пояснення або інструктування, зосереджують увагу на забезпеченні усної та друкова-

ної інформації стосовно природи ВІЛ/СНІДу та вимог до режиму лікування, пояснюють важливість прихильності та можливі побічні ефекти.

Виділяють такі ключові питання для обговорення при консультуванні щодо лікування ВІЛ:

- медичні та біологічні аспекти хвороби, мета ВААРТ, механізм дії АРВ-препаратів, зокрема побічні ефекти;
- щоденна схема прийому препаратів;
- правила прийому препаратів (взаємодія з їжею, іншими препаратами);
- правила зберігання препаратів;
- негативні наслідки порушення режиму та дозування АРВ-препаратів;
- організація прийому препаратів;
- правила і режим отримання АРВ-препаратів у лікувально-профілактичному закладі.

Процес інформування та навчання має бути тривалим.

Поведінкова стратегія спрямовується на формування, підкріплення чи вплив на специфічну поведінку, пов'язану з прихильністю. В рамках цієї стратегії увага приділяється також зміні характеристик режиму лікування і пристосуванню послуг до індивідуальних потреб клієнтів.

У рамках поведінкової стратегії до початку лікування слід провести таку роботу:

- сформувати готовність до прийому препаратів ВААРТ;
- вибрати схему лікування з меншою частотою прийомів доз та кількістю таблеток з простішими дієтлогічними вимогами;
- розробити план для конкретної схеми лікування (з врахуванням режиму прийому їжі, розпорядку дня, можливих побічних ефектів).

Ще одним ефективним методом підвищення рівня прихильності клієнтів до ВААРТ у рамках поведінкової стратегії є забезпечення та навчання користування інструментами, які допомагають пам'ятати про режим прийому ліків. Корисним для багатьох клієнтів можуть бути:

- підписання контракту, в якому буде визначена роль клієнта та його відповідальність в процесі терапії;
- використання коробочок, в яких можна складати таблетки на день;
- використання контейнерів для таблеток, які допомагають клієнту розрізняти та ідентифікувати різні ліки, дози та час прийому;
- використання схем, графіків, наліпок або інших ілюстрацій, які допомагають запам'ятовувати, коли і які ліки приймати;

- встановлення нагадувань на мобільних телефонах, пейджерах, будильниках, годинниках, таймерах;
- ведення щоденників, де варто фіксувати прийоми ліків та почуття, пов'язані з їх прийомом;
- щоденний підрахунок рівня прихильності до лікування за формулою $(A - B) : A \times 100 \%$, де A – кількість таблеток, яку необхідно прийняти за 4 тижні; B – кількість прийнятих таблеток за 4 тижні;
- щотижневий аналіз причин недотримання графіку прийому ліків;
- забезпечення денного запасу препаратів в кількох місцях (вдома, на роботі, у батьків);
- забезпечення подвійного запасу ліків у разі поїздки.

Афективні стратегії спрямовуються на залучення людських ресурсів з метою оптимізації соціальної та емоційної підтримки. Така підтримка може бути організована шляхом:

- залучення клієнта до процесу прийняття рішення стосовно лікування;
- налагодження продуктивних стосунків між надавачами послуг, клієнтом та його родичами і близькими;
- наснаження та сприяння підвищенню самооцінки клієнта;
- забезпечення клієнту доступної психологічної підтримки;
- догляд на дому з метою надання допомоги, оцінки умов життя клієнта і, за необхідності, надання соціальної підтримки;
- пошук серед оточення клієнта людини, якій можна розкрити ВІЛ-статус і яка в подальшому зможе допомагати клієнту з прийомом ліків шляхом нагадування чи надання емоційної підтримки;
- налагодження роботи груп взаємодопомоги «рівний – рівному», які можуть стати тим безпечним місцем, де клієнти обговорюватимуть як медичні, так і соціальні аспекти проблеми;
- залучення людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, особливо тих, хто успішно проходить лікування ВААРТ, до процесу підтримки та інформування;
- покращення доступу клієнтів до послуг догляду на дому та інших послуг ВІЛ-сервісних організацій та організацій людей, які живуть з ВІЛ, за рахунок налагодження з ними контактів;
- залучення консультантів за принципом «рівний – рівному» з метою вирішення проблеми недовіри клієнтів до лікарів;

- формування такого ставлення медперсоналу, в якому виявлятиметься підтримка і не висловлюватиметься жодних засуджень, що спонукає клієнтів відкрито обговорювати проблеми прихильності до лікування.

Таким чином, для формування та підтримання високого рівня прихильності до лікування ВААРТ слід розробляти та впроваджувати в діяльність різних організацій цілий комплекс послуг, за допомогою яких можна впливати на емоційний стан, поведінку та знання клієнтів, які готуються чи вже приймають АРВ-терапію. Для впровадження цього комплексу послуг слід готувати та постійно навчати різних професіоналів, які зможуть допомагати клієнтам дотримуватись режиму лікування.

3. Взаємозв'язок між АРВ-терапією і замісною терапією

Завдання № 4

Призначене для актуалізації знань слухачів щодо замісної терапії.

Групове обговорення: Що таке замісна терапія в контексті антиретровірусної терапії?

Як зазначалося раніше, замісна терапія – це надання для прийому (під медичним контролем) людям із залежністю від психоактивних речовин призначеної лікарем психоактивної речовини, яка за своїми фармакологічними властивостями близька до речовини, яка викликала залежність, з метою досягнення певних терапевтичних цілей.

Міжнародний досвід показує, що програми замісної терапії покращують стан здоров'я споживачів ін'єкційних наркотиків, знижують серед них ризик зараження інфекціями, які передаються через кров (вірусні гепатити В і С, ВІЛ-інфекція), рівень кримінальної діяльності, сприяють інтеграції наркозалежних людей у суспільне життя. Також було доведено, що замісна терапія відіграє важливу роль при лікуванні ВІЛ-інфекції, значною мірою сприяючи прихильності до АРВ-терапії. Зараз ВООЗ розглядає можливість включення препаратів замісної терапії в «Перелік основних лікарських засобів», оскільки вони життєво необхідні для проведення АРВ-терапії серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Методика замісної терапії не є беззаперечною, оскільки препарати, які використовуються в ній, можуть викликати залежність. Це й є основною причиною того, що ця методика до цих пір не отримала підтримки в багатьох країнах СНД.

Згідно з даними досліджень, у СІН в період ВААРТ (1996–1999) відзначалося зростання відповідного ризику прогресії захворюваності або смертності на 30 % порівняно з ВІЛ-позитивними людьми, які не вживають наркотиків. Незаконне вживання наркотиків часто утворює певні перешкоди отриманню медичної допомоги на всіх етапах лікування, зокрема:

- раптові імпульсивні потреби, пов'язані з наркотичною залежністю, переважають над довгостроковими потребами, пов'язаними з питаннями здоров'я;
- часто відсутнє постійне місце проживання;
- як правило, слабка соціальна підтримка;
- часто зустрічаються медичні ускладнення (погане харчування, хронічний вірусний гепатит);
- спостерігаються супутні психічні розлади;
- офіційні медичні заклади викликають недовіру у СІН;
- лікування СІН може приносити медпрацівнику дискомфорт.

У США та в інших країнах ВІЛ-інфіковані СІН отримують АРВ-терапію в недостатньому обсязі. Якщо лікарі знають, що їхні пацієнти вживають наркотики, вони навряд чи призначають їм повноцінну комбіновану терапію. Адже визначено шість показників призначення АРВ-терапії, і вживання наркотиків може бути показанням до обмеження або повної відміни терапії, оскільки оптимальний результат комбінованої АРВ-терапії залежить від здатності пацієнта дотримуватись медичного режиму.

Для того щоб лікування СІН, які живуть з ВІЛ/СНІДом, було успішним, з ними повинна працювати міждисциплінарна команда спеціалістів, а інтегрований медичний догляд має здійснюватися на одній території. Наразі приймання замісної терапії є обов'язковою умовою для проходження антиретровірусної терапії споживачами ін'єкційних наркотиків, оскільки лише приймаючи замісну терапію, у них можна сформувати прихильність до ВААРТ, що є обов'язковою умовою ефективності останньої.

4. Лікування і профілактика опортуністичних захворювань

Завдання № 5

Призначене для виявлення знань слухачів щодо опортуністичних захворювань.

Групове обговорення: Що таке опортуністичні захворювання? Які особливості їх профілактики та лікування ви можете назвати?

Люди, які приймають антиретровірусні препарати, все ж час від часу потребують лікування від опортуністичних інфекцій і хвороб. Опортуністичні інфекції – захворювання людини з ослабленою імунною системою, яке викликане мікроорганізмом, що, як правило, не є хвороботворним або смертельними для звичайної людини.

Сьогодні застосовується трирівнева стратегія роботи з супутніми інфекціями у людей, інфікованих ВІЛ:

1) профілактика інфекцій, які передаються через кров і сексуальні контакти, а також респіраторних і кишкових інфекцій;

2) попередження розвитку опортуністичних інфекцій медикаментозними способами. Наприклад, для профілактики пневмоцистної пневмонії використовують малі дози бісептолу, а для профілактики загострень туберкульозу і гепатитів – діети;

3) своєчасне і адекватне лікування хвороб, які вже розвинулися. Наприклад, затримка з початком лікування цитомегаловірусного враження очей на тиждень збільшує ризик втрати зору вдвічі.

У літературі вже описано близько 170 інфекцій, що спостерігаються у хворих на СНІД, 20 з них є дуже небезпечними. Це некротичний енцефаліт і абсцес головного мозку на ґрунті токсоплазмозу, цитомегаловірусний енцефаліт. У багатьох хворих має місце ураження мозкових судин, яке супроводжується чисельними геморагіями. Може розвинутих первинна або вторинна лімфома мозку. Крім того, може уражатись периферична нервова система у вигляді невритів, радикулітів і нейроміозитів; пневмонія пневмоцистної етіології, пневмонію також можуть викликати різні види бактерій (стафілококи, легіонела), віруси (герпесу, цитомегалії), гриби, часто в поєднанні; криптоспоридіоз; туберкульоз легень та інших органів, спричинений мікобактеріями пташиного типу, які в звичайних умовах патологічний процес у людини не викликають. Тяжкі бактерійні інфекції з розвитком сепсису, пневмонії, менінгіту, абсцесів, синуситу, отиту тощо. Із запального вогнища виділяють пневмококи, стафілококи, гемолітичну паличку, кандиди, менінгококи, сальмонели тощо.

Близько третини людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом у всьому світі, водночас інфіковані збудником туберкульозу, причому 70 % з них проживають у країнах Африки. Туберкульоз є також основною причиною смерті ВІЛ-інфікованих людей (загалом ВІЛ сприяв стрімкому зростанню розвитку випадків активної форми туберкульозу у всьому світі). Лікування активної форми туберкульозу однаково ефективне і для ВІЛ-позитивних людей,

і для людей, не інфікованих ВІЛ. Однак при відсутності АРВ-терапії лікування туберкульозу не має тривалого впливу на прогресування ВІЛ-інфекції або зниження рівня смертності. Таким чином, надзвичайно важливо, аби паралельно з покращенням системи забезпечення антиретровірусними препаратами і застосуванням інших методів лікування ВІЛ-інфекції відбувався контроль за розвитком туберкульозу. Під час лікування туберкульозу у хворих на ВІЛ/СНІД потрібно зважати на взаємодію між ВААРТ і протитуберкульозними препаратами, а також, що ефективність протитуберкульозних препаратів у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією може відрізнятися від ефективності у пацієнтів з нормальною імунною системою.

Ще одна з найтяжчих опортуністичних інфекцій – цитомегаловірусна інфекція – є причиною смерті у 30 % хворих на СНІД. При відсутності лікування інфекція вражає органи зору, шлунково-кишковий тракт, легені, центральну і периферичну нервову системи. Суттєву проблему для хворих на ВІЛ (особливо для СН) становлять тяжкі бактеріальні інфекції.

Отже, лікування опортуністичних інфекцій і захворювань має відбуватися разом з прийомом антиретровірусної терапії, тим більше що препарати АРТ не втрачають своїєї ефективності при паралельному прийомі ліків від супутніх (опортуністичних) захворювань.

5. Організація роботи мультидисциплінарної команди

Завдання № 6

Це завдання призначене для перевірки знань слухачів.

Групове обговорення: У чому полягають особливості роботи мультидисциплінарної команди? Яких принципів повинні дотримуватися фахівці, котрі спільно працюють над формування прихильності до ВААРТ?

Готуючи клієнта до прийому ВААРТ, слід брати до уваги багатогранність проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом та прийомом АРВ-терапії. З огляду на це фахівці дійшли висновку щодо доцільності застосування холістичного (англ. whole – цілий, цілісний) біопсихосоціального підходу до її розв'язання.

У рамках цього підходу лікування АРВ-терапією розглядається як комплексне втручання, спрямоване на:

- зміну медичних показників (вірусного навантаження);
- подолання емоційних та поведінкових труднощів, які заважають формуванню високого рівня прихильності до ВААРТ;

– покращення якості життя клієнтів та їхню реінтеграцію в соціум.

Кількарічний досвід різних програм та організацій, які забезпечують соціально-психологічний супровід ВААРТ, засвідчив, що для здійснення ефективної роботи з формування прихильності необхідно залучати таких фахівців, як лікарі, медсестри, психологи, соціальні працівники, а також консультантів з числа «рівних». Вони мають утворювати мультидисциплінарну (багатопрфільну) команду, причому важлива як командність роботи, так і співпраця фахівців саме з різних сфер. Мультидисциплінарна команда – це група осіб з комплементарними навичками, які об'єднані спільною метою та завданнями, для реалізації яких в групі підтримується принцип взаємовідповідальності.

У роботі мультидисциплінарних команд з формування прихильності до ВААРТ зазвичай використовуються ділові зустрічі, на яких відбувається ознайомлення членів команди з фактами і рішеннями, що мали місце при поточному виконанні роботи, обговорюються стан здоров'я та ситуація кожного клієнта, а також подальший план втручання і межі відповідальності членів команди.

Мультидисциплінарний підхід при наданні послуг має значні переваги, оскільки є комплексним: кожен фахівець знає досконало свою справу і всі разом вони забезпечують усебічну допомогу клієнту.

Мультидисциплінарні команди будують свою роботу на таких базових принципах, як рівність; консенсус; поточна та кінцева оцінка діяльності; розподіл влади. Для налагодження роботи мультидисциплінарної команди є важливою також ефективна комунікація між її учасниками. Досягнення конструктивної взаємодії неможливе без регулярних зустрічей персоналу та постійної супервізії.

Підсумовуючи, можна говорити про те, що забезпечення прихильності до ВААРТ значною мірою залежить від формування ефективного терапевтичного альянсу, що встановлюється між ключовими фігурами лікувального процесу – лікарем, медсестрою, соціальним працівником, консультантом та клієнтом. Ця діяльність потребує співпраці не лише з колегами та працівниками інших спеціальностей, а й з клієнтами та громадою.

Лекція 4. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу для України (2 год)

1. Вплив епідемії ВІЛ/СНІДу на демографічну ситуацію в Україні

Проблема ВІЛ/СНІДу не обмежується лише медичними аспектами. Зокрема, сьогодні у світі увага акцентується на демографічних та соціально-економічних наслідках цієї епідемії.

Завдання № 1

Вправа призначена для актуалізації знань та уявлень студентів щодо впливу епідемії ВІЛ/СНІДу на різні сфери соціального та економічного життя.

Питання для обговорення: Як ви вважаєте, який безпосередній та опосередкований вплив може мати епідемія ВІЛ/СНІДу на різні демографічні показники країни?

Світовий досвід свідчить, що поширення епідемії ВІЛ/СНІДу спричинює: погіршення демографічної ситуації, поширення явища сирітства (як соціального, так і біологічного), загострення проблем бідності, зростання обсягу медичних послуг, поглиблення соціальної нерівності тощо.

Найбільш ураженою в усьому світі є вікова група 15–49 років, тобто активне населення репродуктивного віку. За даними ВООЗ, сьогодні у світі щохвилини 6 молодих людей віком до 25 років отримують ВІЛ-інфекцію. Тобто найчастіше ВІЛ-інфекція вражає людей в ті роки, коли в них народжуються діти, коли вони їх виховують, коли вони мають оплачувану роботу та коли вони доглядають за членами родини похилого віку.

Показник поширеності ВІЛ серед дорослого населення в Україні – один з найвищих в європейському регіоні, він становить близько 1,5 % від загальної кількості дорослого населення. Згідно з даними українських та міжнародних експертів, дві третини з них – це молоді люди віком від 14 до 29 років. За прогнозами різних експертів, якщо Україна не запропонує дієвих механізмів вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу, то у 2006 році до 97 % ВІЛ-інфікованих становитимуть особи працездатного віку, а 40 % померлих від СНІДу – молоді люди віком до 25 років. Такі прогнози особливо вражаючі в контексті демографічної тенденції старіння населення.

Важливий демографічний показник, на який суттєво впливає епідемія ВІЛ/СНІДу, – це середня очікувана тривалість життя. Зазвичай прийнято оцінювати різницю в середній тривалості життя як без урахування, так і з урахуванням впливу ВІЛ-інфекції. В деяких країнах третього світу вплив

ВІЛ/СНІДу настільки значний, що тенденція до підвищення тривалості життя, яка мала місце протягом останніх 20 років, змінилася на протилежну. Проте зробити такі оцінки для нашої країни набагато важче, адже середня тривалість життя в Україні та інших пострадянських країнах знижувалась протягом останніх років завдяки різним соціально-економічним чинникам. Наявні дані свідчать, що пов'язана з поширенням СНІДу смертність населення призведе до зменшення середньої тривалості життя в Україні від 2 до 4 років для чоловіків та від 2 до 5 років для жінок.

Крім того, очевидний статевий аспект наслідків епідемії СНІДу. За даними МОЗ України, в 2000 році в Україні співвідношення між ВІЛ-позитивними чоловіками та жінками у відсотках становило 65:35. Нині понад 40 % від загальної кількості офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування становлять жінки дітородного віку. Таким чином, важливою проблемою сьогодення стало щорічне збільшення кількості ВІЛ-позитивних вагітних жінок, що, в свою чергу, призводить до негативної динаміки народжуваності ВІЛ-позитивних дітей.

Слайд № 1

Демографічні тенденції, на які суттєво впливає поширення епідемії ВІЛ/СНІДу:

- зменшення показників народжуваності;
- підвищення рівня смертності;
- скорочення середньої очікуваної тривалості життя;
- старіння нації;
- формування статевого дисбалансу тощо.

Отже, можна говорити про те, що епідемія ВІЛ/СНІДу, а також обрані стратегії її подолання суттєво впливають на можливість та темпи виходу України з демографічної кризи, яка склалась на сьогоднішній день. Важливо також зважати на той факт, що демографічні перспективи України тісно пов'язані з її соціально-економічними перспективами, які сьогодні також перебувають у сфері впливу епідемії ВІЛ/СНІДу.

2. Погіршення економічних та соціальних показників в Україні внаслідок епідемії ВІЛ/СНІДу

Дані досліджень у різних країнах світу засвідчили, що епідемія ВІЛ/СНІДу зумовлює уповільнення темпів економічного розвитку. Відтак нинішня епідеміологічна ситуація розцінюється як загроза світовій безпеці. Адже окрім небезпеки для здоров'я та життя окремої людини, епідемія ВІЛ/СНІДу становить значну загрозу економічній безпеці країни загалом.

Завдання № 2

Ця вправа орієнтована на актуалізацію знань слухачів стосовно впливу епідемії ВІЛ/СНІДу на економіку.

Запропонувати слухачам курсу дати відповідь на питання: Як ви вважаєте, яким чином та на які сфери епідемія ВІЛ/СНІДу може впливати у роботі окремого підприємства.

Бажано, щоб студенти назвали та пояснили 7–10 напрямів такого впливу.

Невиходи на роботу через тимчасову непрацездатність (лікарняні листки) та плінність кадрів значно знижують продуктивність роботи підприємства, адже, як правило, на місце людей, яких забрав ВІЛ/СНІД, приходять робітники з меншим досвідом роботи, а отже нижчої кваліфікації. А причиною значного числа лікарняних листків може стати як власна хвороба, так і захворювання рідних чи близьких людей, догляд за ними, поховання. Наприклад, порівняльне дослідження стану господарчої діяльності у Східній Африці засвідчило, що через відсутність на роботі працівників витрати компаній зросли на 25–54 %.

Зважаючи на досвід інших країн та сучасний рівень поширення ВІЛ/СНІДу в Україні, можна говорити про те, що витрати, пов'язані з цим захворюванням, для українських підприємств також багатовекторні та неминучі.

Зростання рівня захворюваності на ВІЛ/СНІД спричиняє не тільки до зростання прямих видатків підприємств на оплату лікування і залучення нових робітників, а й призводить до зниження продуктивності праці і дезорганізацію виробничого процесу.

Оскільки ВІЛ/СНІД поширюється переважно серед осіб працездатного віку, то це призводить також до виснаження людського капіталу, зменшення продуктивності праці та прибутків підприємств, появи проявів дискримінації на робочому місці, збільшенні навантаження на системи охорони здоров'я та соціального забезпечення тощо.

Загалом, за оцінками Міжнародної організації праці, понад 20 мільйонів працюючого населення в усьому світі ВІЛ-інфіковані або хворі на СНІД. Таким чином можна говорити про те, що негативний вплив епідемії ВІЛ/СНІД виходить далеко за межі економічного стану окремих підприємств. Він зачіпає економіку та стан суспільства в цілому. Про це, зокрема, свідчить перспективний аналіз впливу епідемії на стан економіки, зроблений для Російської Федерації.

Слайд № 2
У Росії за песимістичним прогнозом (коефіцієнт поширення 2–3 %):
– у 2010 р. ВВП буде на 4,15 % нижчим, ніж у разі відсутності епідемії ВІЛ/СНІДу; без серйозного втручання до 2010 р. ці втрати зростуть до 10,5 %;
– обсяги капіталовкладень скорочуватимуться швидше, ніж обсяги виробництва: у 2010 році вони зменшаться на 5,5 %, а у 2020 р. – на 14,5 %;
– скорочуватиметься притік ефективної робочої сили, причому більше за рахунок зменшення кількості працюючих (сукупної робочої сили), ніж через зниження продуктивності праці ВІЛ-позитивних працівників (ВІЛ-інфекція знижує продуктивність праці лише на 13 %).

Вплив на економічну сферу держави також пов'язаний з витратами на лікування та догляд за людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Так, у державному бюджеті України на 2004 рік було передбачено близько 7 млн гривень на боротьбу зі СНІДом та туберкульозом.

Водночас економічна та фінансова доцільність програм з профілактики СНІДу і підтримки хворих досить переконлива, особливо у тих країнах, де ВІЛ-інфіковано понад 1 % населення. Так, одна гірничча компанія, якій вдалося скоротити показники ВІЛ-інфікування серед працівників, заощадила в підсумку \$539 630 за рік. А загальна вартість медичних послуг становила \$230 на лікування однієї особи.

У зв'язку з поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні суттєвого інвестування потребують досить різні сфери охорони здоров'я:

- діагностика ВІЛ-інфекції (діагностичні комплекти, лабораторні послуги, системи реєстрації результатів, служби з надання консультацій та довідок);
- медикаментозні методи лікування (профілактичні ліки; ліки для лікування опортуністичних захворювань та антиретровірусні ліки);
- навчання та підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу;
- підвищення кількості ліжок у лікарнях та збільшення обсягів обслуговування;
- амбулаторне лікування;
- профілактика передачі інфекції від матері до дитини; безпека переливання крові та безпечна медична практика;
- патронаж, психологічна підтримка та соціальний супровід пацієнтів, які перебувають на термінальній стадії захворювання; організація хоспісів.

За найоптимістичнішими оцінками, до 2010 р. витрати на лікування ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД становитимуть 533 млн. гривень.

Брак повноцінного фінансування програм з державного та місцевих бюджетів (зокрема, профілактичних, лікувальних, інформаційно-освітніх заходів, закупівлі діагностичного обладнання, проведення наукових досліджень) не сприяв зупиненню розвитку епідемії. Тому в 2004 році залучено додаткові ресурси – грант Глобального фонду та позики Світового банку, що дало змогу розпочати організацію закупівлі антивірусних препаратів для лікування чотирьох тисяч хворих на СНІД та лабораторно-діагностичного обладнання.

Проте ресурси донорів небезмежні. Тому державна політика України має виходити з двох наявних альтернатив: увесь час купувати відповідні ліки за кордоном чи налагоджувати власне виробництво. Варто звернути увагу на досвід Бразилії, яка взяла курс на виробництво АРВ-препаратів на власній території і спромоглася вчетверо знизити вартість лікування.

Слайд № 3
Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу для країн Східної Європи та Центральної Азії:
– показники річного економічного росту можуть знизитися на 0,5–1,0 процентних пунктів;
– видатки на охорону здоров'я, пов'язані з витратами на медичний догляд за особами з ВІЛ/СНІДом, можуть зрости на 1–3 %;
– може збільшитися відсоток непрацездатних, що ляже додатковим тягарем на системи соціального захисту, особливо в країнах, де загальні показники народжуваності й без цього зменшуються;
– може змінитися розмір і склад родини, можливе зростання кількості неповних родин і родин, головами яких є літні особи і в яких дідусі й бабусі піклуються про сиріт батьків, які померли від СНІДу.

3. Система соціальної підтримки та соціального захисту в Україні в контексті поширення ВІЛ/СНІДу

Поширення епідемії ВІЛ/СНІДу призводить до додаткового навантаження на систему соціального захисту та соціального забезпечення – це відбувається за рахунок вартості медичного обслуговування та лікування, оплати лікарняних листків, витрат на поховання, страхування життя, відпусток через втрату рідних, пенсійного забезпечення при втраті годувальника та інших виплат.

Завдання № 3

Ця вправа орієнтована на актуалізацію знань та уявлень слухачів курсу стосовно соціальної підтримки та соціального захисту ВІЛ-позитивних людей.

Запропонувати слухачам курсу попрацювати над переліком видів соціального забезпечення та соціальної підтримки, які держава мала б забезпечувати людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Одним з найвпливовіших наслідків епідемії є також зростання кількості дітей, які втратили обох батьків через СНІД. За оцінками ВООЗ, у 2000 році в світі вже було 10 млн дітей віком до 10 років, які стали сиротами внаслідок захворювання батьків на СНІД. За існуючими оцінками, між 2002 та 2010 рр. кількість сиріт, батьки яких померли від СНІДу, значно зросте. Іншим дорослим людям (зокрема, дідусям та бабусям) буде необхідно брати на себе більшу відповідальність за виховання та підтримку дітей у своїх родині. За відсутності додаткової фінансової допомоги з'явиться багато людей похилого віку, які не матимуть достатніх коштів для утримання самих себе і догляду за сиротами.

Передчасна смерть одного з батьків накладає величезний тягар на будь-яку сім'ю, незалежно від причини смерті. Доходи падають, відповідальність покладається на того з батьків, хто залишився живим, і в багатьох випадках діти відчувають суттєві емоційні та психологічні проблеми.

У багатьох випадках діти беруть на себе відповідальність доглядати за батьками, коли ті хворіють та вмирають. Це часто означає, що найдоросліші діти припиняють навчання для того, аби готувати їжу, прибирати в домі та доглядати за родиною. Інколи одній дитині або кільком дітям одночасно доводиться залишити навчання для того, щоб знайти оплачувану роботу і компенсувати втрату одного чи обох батьків. Такі діти не мають відповідної кваліфікації, внаслідок чого їх експлуатують, сплачують їм низьку заробітну плату. У деяких випадках вони змушені надавати сексуальні послуги для того, щоб приносити додому якісь гроші.

Зараз в Україні ВІЛ-позитивним дітям при народженні виплачується лише 34 гривні, зрозуміло, що витрати на їх утримання значно більші, ніж здорових дітей. Такі цифри свідчать про непередуманість національної стратегії соціального забезпечення дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів, після смерті батьків від СНІДу, а також ВІЛ-позитивних дітей.

Загалом, в Україні немає офіційних даних щодо дітей, які вже втратили одного чи обох батьків через епідемію ВІЛ/СНІДу.

Дедалі більше ВІЛ-позитивних матерів залишають новонароджених дітей у пологових будинках, вважаючи їх безнадійно хворими. Зараз не спостерігається виразної позиції держави стосовно дітей, від яких відмовилися батьки у зв'язку з діагнозом ВІЛ чи з перспективою його встановлення. Проте сьогоденні прогнози різних експертів однозначно свідчать, що найближчим часом кількість таких дітей зростатиме.

До тривалих проблем, спричинених такою ситуацією, належатимуть зростання потреби в дитячих будинках; збільшення витрат на соціальну підтримку та допомогу для дітей-сиріт та дорослих, що доглядають за ними; зростання потреби в спеціально підготовлених фахівцях, здатних займатись такими сиротами та їх родинами. Якщо така розгалужена система соціальної допомоги не буде створена до того часу, коли в цьому виникне така потреба, то це завдасть значної шкоди певним групам українського суспільства і спричинить труднощі у підтриманні стабільного економічного та соціального розвитку країни.

Семінар 8. Чинники формування державної політики в сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу (2 год)

1. Інформованість політиків стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу та шляхів її вирішення

Завдання № 1

Ця вправа орієнтована на поглиблення знань щодо інформованості політиків у питаннях ВІЛ/СНІДу.

Питання для обговорення у міні-групах:

1. Якою, на вашу думку, інформацією щодо ВІЛ/СНІДу володіють «особи, які приймають рішення»?
2. Якими джерелами інформації стосовно ВІЛ/СНІДу користуються «особи, які приймають рішення»?
3. З яких джерел, на вашу думку, повинні отримувати інформацію стосовно ВІЛ/СНІДу державні посадовці?

З метою формування дієвої політики у сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу потрібно, аби посадовці різних рівнів були максимально інформовані та усвідомлювали загрозу епідемії і взяли на себе особисте зобов'язання щодо протидії їй.

2004 року в Україні провели опитування представників різних гілок влади стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу та протидії епідемії. Результати цього дослідження дають змогу побачити, що загалом ставлення «осіб, які приймають рішення» до проблеми ВІЛ/СНІДу є багато в чому неоднозначним і потребує змін у бік толерантності.

Поміж народних депутатів поширені лише полярні оцінки ситуації, що склалась на сьогоднішній день: при пануванні (82 %) визнання серйозності проблеми значна частина з них вважає важливість проблеми перебільшеною (18%).

Значною виявилась частка тих респондентів, які не вважають проблему ВІЛ/СНІДу першочерговою: 22 % уповноважених осіб міністерств, державних комітетів та 15 % представників місцевих державних адміністрацій. Водночас представники законодавчої влади сприймають епідемію ВІЛ/СНІДу як масштабну і таку, що потребує вирішення. Таким чином, очевидно є неузгодженість позицій різних гілок влади, яка чітко відображається на ситуації, що склалась в Україні в сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу: законодавство доводиться до міжнародних стандартів, але разом з тим реалізація цих законів на практиці не відбувається. Це, як правило, проявляється у значному недофінансуванні програм профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні, ставлення до них як другорядних під час звітності та контролю за їх виконанням.

Результати опитування також показали, що понад 10 % респондентів сприймають інформацію про ВІЛ/СНІД в Україні як звичайну службову, а 3 % – як таку, що відволікає кошти від вирішення інших соціальних проблем. Таке сприйняття зумовлює усвідомлення епідемії ВІЛ/СНІДу і протидії їй як такої, що не має пріоритетного значення для державного бюджету та формування політики.

У рамках опитування респондентам також пропонувалось визначити своє ставлення до тверджень: «Я вважаю, що мене особисто ніколи не торкнеться проблема ВІЛ/СНІДу» і «Я відчуваю себе ніяково, коли з підлеглими мушу обговорювати проблему ВІЛ/СНІДу». Як показали результати, народні депутати і керівники місцевих держадміністрацій більш гостро сприймають проблему ВІЛ-інфекції на особистому рівні. Серед них майже третина розглядає проблему ВІЛ як таку, що може стати особисто значущою. Значно менше поширено таке ставлення серед керівного складу міністерств, відомств і депутатів обласних, міських і районних рад. Водночас серед опитаних понад третина посадовців впевнені, що епідемія ВІЛ/СНІДу їх особисто не торкнеться ніколи, у тому числі представників

законодавчих органів, міністерств і відомств майже 40 %. Серед керівників місцевих адміністрацій таких було значно менше – 18 %. Причому порівняльний статистичний аналіз свідчить, що зазвичай особи з зазначеною вище думкою сприймають проблему ВІЛ/СНІДу як звичайну службову інформацію, а у декотрих вона викликає навіть роздратування за те, що відволікаються кошти від вирішення інших соціальних питань. Такий зв'язок підтверджує безперечний вплив особистого ставлення на позицію людини під час виконання нею посадових обов'язків.

Розподіл відповідей респондентів стосовно твердження «Я вважаю, що мене особисто ніколи не торкнеться проблема ВІЛ/СНІДу» показав їх досить неоднозначне особисте ставлення до епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Стосовно цього твердження відбувся виразний поділ на три групи респондентів: тих, хто вже добре усвідомили масштаби загрози; таких, що не бачать себе у цій проблемі; і тих, хто вважає себе зовсім не причетними до неї. Ставлення, яке демонструють представники двох останніх груп, може бути основою для браку з їхнього боку політичної волі, бажання боротись з ВІЛ/СНІДом особисто, байдужості до прийняття рішення у сфері профілактики, а інколи і відкритої протидії справі боротьби з епідемією.

Завдання № 2

Ця вправа орієнтована на розвиток уявлень стосовно розуміння толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Запропонувати студентам попрацювати над переліком питань, які могли б виявити рівень толерантності «осіб, які приймають рішення» до проблеми ВІЛ/СНІДу та людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

З метою вивчення готовності посадовців до формування толерантного ставлення щодо людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, і представників уразливих щодо ВІЛ-інфікування груп до опитування були включені твердження, представлені в таблиці.

Розподіл відповідей респондентів стосовно тверджень, %

	Всього	Депутати Верховної Ради	Місцеві депу- тати	Керів- ництво міністерств	Керівництво місцевої адміністрації
Українські громадяни повинні мати право на інформацію про те, що разом з ними живуть, вчаться чи працюють люди з ВІЛ/СНІДом	59	55	68	54	65

Необхідно розширювати участь людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, у громадському та політичному житті країни	54	27	68	40	65
ВІЛ-інфіковані діти повинні навчатись у звичайних загальноосвітніх школах	47	9	53	41	59
Люди, що живуть з ВІЛ/СНІДом, самі винні в тому, що з ними сталось	32	36	42	35	23
СНІД – це «божа кара» за наркоманію	29	27	27	38	23
ВІЛ-інфіковані вагітні жінки повинні знаходитись у звичайних палатах разом з іншими вагітними під час пологів	17	–	26	13	20

Більшість опитаних представників різних гілок влади майже одноставно вважають, що українська громадськість має право знати про те, що у суспільстві є люди, які мають ВІЛ/СНІД. Дослідники, котрі проводили опитування, проінтерпретували ці дані як свідчення досить виразного усвідомлення опитаними необхідності інформування широкого загалу не тільки про ВІЛ-інфекцію, а й про її жертв, їхні проблеми тощо. Проте, з іншого боку, той факт, що більше половини з кожної визначеної групи респондентів підтримують твердження «Українські громадяни повинні мати право на інформацію про те, що разом з ними живуть, вчать чи працюють люди з ВІЛ/СНІДом» свідчить про їхнє відверто дискримінаційне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, а отже, і нездатність сформувати політику, яка б відповідала антидискримінаційним принципам.

На місцевому рівні представники влади є відкритішими до більш активного і широкого залучення ВІЛ-позитивних людей до громадського, політичного життя. На відміну від них, представники Верховної Ради та міністерств більш «помірковані» щодо цього процесу.

Тенденцію щодо наявності дискримінаційних поглядів у певній частині опитаних демонструє також розподіл їхнього ставлення до тлумачення СНІДу як «божого кару» для споживачів ін'єкційних наркотиків, до утримання ВІЛ-позитивних вагітних жінок у звичайних палатах разом з іншими жінками і частково – до обвинувачення ВІЛ-позитивних людей у їхній

хворобі. Таке ставлення можна пояснити уявленнями деякої частини посадовців про поширення ВІЛ-інфекції в Україні виключно за рахунок внутрішньовенного вживання наркотиків і сексуальної нестриманості певної частини населення України.

Таким чином, дані проведеного дослідження дають підстави зробити висновок, що в Україні посадові особи, відповідальні за формування та втілення національної та місцевої політики стосовно протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, потребують ширшого та повнішого інформування стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу як такої, проблем людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, а також шляхів подолання епідемії.

2. Ставлення суспільства до проблеми ВІЛ/СНІДу та людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Дискримінація та стигматизація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні. Роль ЗМІ у формуванні ставлення до людей з ВІЛ/СНІДом

Завдання № 3

Ця вправа орієнтована на перевірку розуміння студентами суті явища стигматизації та дискримінації ВІЛ-позитивних людей.

Для проведення цієї вправи тренеру необхідно мати закладки для волосся двох кольорів по кількості учасників групи мінус один, одна закладка має бути третього кольору.

Інструкція викладача групі: зараз всім потрібно припинити розмовляти. З цієї хвилини буду говорити тільки я. Всім потрібно закрити очі. У цей час викладач чіпляє закладки учасникам. Коли всі відкриють очі, викладач дає завдання: вам необхідно поділитися на дві групи відповідно до тієї нової ознаки, яку ви отримали. Розмовляти не можна.

Учасники мають поділитися на дві групи за кольором заколок. Одна людина буде «зайвою». Її ніхто не буде приймати до себе у підгрупу. Це буде яскравим свідченням стигматизації. Якщо навіть після завершення гри «зайвого» прийме до себе якась підгрупа, то все рівно необхідно з групою обговорити, що відбувалося.

Для проведення обговорення можна використати такі питання: *Що ви почували під час виконання цієї вправи? Як ви поводити себе і яку поведінку інших ви помітили?*

По завершенні обов'язково потрібно наголосити на тому, що це лише гра, і попросити всіх учасників групи сказати щось приємне тому, хто виконував роль «стигматизованого». Важливо обговорити, як відбувався процес стигматизації під час виконання вправи.

Загалом різноманітні ситуації, з якими стикаються люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, демонструють наявність стійкого неприйняття цих людей у суспільстві. Це демонструють й дані соціопитування, проведеного в Україні

міжнародною організацією «Лікарі без кордонів» спільно з Агентством маркетингових досліджень Gfk-Usm: 47 % опитаних вважають, що ВІЛ-позитивних варто ізолювати від суспільства, а 59 %, дізнавшись про статус свого співрозмовника, були ввічливими та стриманими, максимально уникали контактів. П'ята частина опитаних зробила б усе можливе, щоб ВІЛ-позитивні до них не торкалися.

Стигма та дискримінація, як і раніше, залишаються найбільш серйозними проблемами у профілактиці ВІЛ/СНІДу, а також у питаннях надання лікування та підтримки людям з ВІЛ/СНІДом.

Світовий досвід доводить, що отримання людьми достовірної інформації про ВІЛ і СНІД сприяє зростанню рівня терпимості та співчуття до людей з ВІЛ. Подача інформації стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу в певний спосіб має наслідком формування відповідного – аналогічного чи похідного від того, що подається суспільству, – ставлення людей до цієї проблеми. Відтак, відсутність висвітлення у ЗМІ проблеми поширення ВІЛ/СНІДу, а також неухвага до потреб людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, або ж неналежне висвітлення цієї проблеми у свідомо негативних тонах, не дає змоги суспільству сформувати толерантне ставлення до ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей, а також багато в чому ускладнює проведення відповідної державної політики у цьому напрямі.

Дані всеукраїнського дослідження медіа-іміджів ВІЛ/СНІДу, проведеного ГО «Соціум-XXI» в 2005 році, засвідчили, що самі журналісти відзначають наявність в українському суспільстві таких негативних стереотипів:

– ВІЛ стосується тільки груп ризику. Один з респондентів охарактеризував цю групу як «наркомани, проститутки, гомосексуалісти», інший – як «так звані ізгої суспільства». Крім упередженого ставлення до ВІЛ-позитивних людей цей стереотип дає ще такий ефект, що люди, які не належать до перелічених груп, не сумніваються в тому, що їх проблема ВІЛ/СНІД обминє;

– стереотипи, пов'язані з процесом зараження. Респонденти вказують на наявність такого стереотипу: «І досі, як не дивно, зустрічаються люди, які вважають, що ВІЛ передається з комарами»;

– ВІЛ-інфікованих необхідно ізолювати;

– ВІЛ-інфіковані – не люди. Один з респондентів сформулював даний стереотип так: «Чомусь вважається, що це люди нижчого ґатунку, що їм не можна доручати цілу низку посад, допускати до цілого ряду професій і

таке інше». Інший – так: «Раз у нього ВІЛ, то не можна з ним спілкуватися, і не потрібно, і він на це не заслуговує».

ЗМІ відтворюють загальнопоширені суспільні стереотипи щодо теми ВІЛ/СНІДу, його іміджу як «дорогої хвороби», «хвороби наркоманів», «кари за розбещену поведінку». Все ще існує імідж ВІЛ/СНІД як «зла», «страшної хвороби», «неминучості». Проте є чимало публікацій, особливо в Південних і Східних областях, де немає таврування таких груп, як «жінки секс-бізнесу» та «споживачі наркотиків».

При цьому слова «ВІЛ/СНІД» часто вживають у статтях для підсилення сенсаційності матеріалу та привернення уваги читача. Вони виносяться у заголовки статей, навіть за відсутності кореляції їх зі змістом публікації. Це дає змогу припустити, що редакції газет і журналів усе ще вбачають у темі ВІЛ/СНІДу сенсаційність і епатажність.

Журналісту важко спростувати хибні уявлення, негативні стереотипи щодо ВІЛ/СНІДу як у суспільній свідомості, так і у власній. По суті, відбувається циклічний процес – ЗМІ формують стереотипи, а стереотипи позначаються на висвітленні в ЗМІ теми ВІЛ/СНІДу.

Завдання № 4

Ця вправа орієнтована на розвиток навичок роботи зі ЗМІ щодо зміни ставлення до проблеми ВІЛ/СНІДу.

Запропонувати слухачам курсу замінити наведені нижче некоректні вислови, які часто трапляються в ЗМІ, на більш толерантні:

1. ВІЛ-інфікований, носій ВІЛ.
2. Пацієнт із ВІЛ, хворий на СНІД.
3. «СПИДносець».
4. «Вілчата».
5. Жертва ВІЛ/СНІДу, потерпілий від ВІЛ/СНІДу, приречені на смерть.
6. Невинні жертви.
7. Страшна хвороба, страшний/смертельний діагноз (вірус).
8. Вірус СНІДу.
9. Заразитись СНІДом.
10. Чума XX століття.
11. Боротьба з ВІЛ.
12. Дорога хвороба.
13. Групи ризику.
14. Аморальна поведінка.

Для усунення впливу на суспільну свідомість стереотипів щодо ВІЛ/СНІДу необхідно, аби ЗМІ свідомо формували громадську думку щодо ВІЛ/СНІДу, підвищували рівень обізнаності читачів з аспектами цієї про-

блеми, пропагували толерантне ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Очевидно, що вплинути на зміст публікацій можна через підвищення кваліфікації журналістів (надання правдивої детальної інформації з теми ВІЛ/СНІДу, проведення тренінгів для журналістів і т. д.), а також через посилення відповідальності журналіста за подання неправдивої, перекрученої інформації, встановлення чітких професійних та етичних стандартів журналістики і контролю за дотриманням ними цих стандартів (у середовищі самих журналістів та суді).

3. Уявлення політиків стосовно шляхів національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу

Яв відомо, до 2001 року в Україні основним шляхом поширення ВІЛ-інфекції було вживання наркотичних речовин, тоді як останніми роками значно активізувався статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції. Відтак очевидно стає необхідність пошуку нових підходів, які б дали змогу знизити ризик інфікування серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин та їхніх сексуальних партнерів.

Завдання № 5

Ця вправа орієнтована на актуалізацію знань та уявлень слухачів курсу стосовно основних принципів стратегії «зменшення шкоди».

Запропонувати учасникам об'єднатись у підгрупи та обговорити основні переваги, ризики та обмеження застосування стратегії «зменшення шкоди» в Україні.

Спеціалісти Інституту Відкритого суспільства переконані, що концепція «зменшення шкоди» – це найбільш гуманний і результативний спосіб боротьби з епідемією ВІЛ серед споживачів наркотичних речовин. Цей підхід є альтернативою моралістичній (кримінальній) та медичній моделям і ґрунтується на прагматичному визнанні того, що вживання наркотичних речовин присутнє в будь-якій культурі чи суспільній формації.

Запропонований новий підхід до профілактики ВІЛ-інфекції зацікавив багатьох українських спеціалістів, але впровадження програм «зменшення шкоди» сприймається далеко не однозначно. Не тільки в Україні, а й в інших країнах прийняття принципів «зменшення шкоди» – це складний процес відмови від ідеалістичних цілей «вилікування» всіх споживачів наркотичних речовин. Однак дослідження показали, що передача ВІЛ у середовищі людей, які зловживають ін'єкційними наркотичними речови-

нами, може бути попереджена і в деяких місцях епідемію вже вдалось сповільнити.

Разом з тим, серед українських посадовців різних рівнів більш поширеними є традиційні погляди на проблему вживання наркотичних речовин та поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. Незважаючи на те що, за даними опитування, проведеного в 2004 році, більшість посадовців відносить проблеми поширення наркоманії та проблеми поширення ВІЛ/СНІДу до трійки пріоритетних проблем, які потребують вирішення на національному рівні і повинні мати гарантоване ресурсне забезпечення, все ж український політикум не бачить взаємозв'язку цих проблем, а тому не пропонує комплексного їх вирішення.

Сьогодні різні компоненти програм «зменшення шкоди» зустрічають значний опір на політичному рівні. Яскравим прикладом опору політиків до впровадження програми «зменшення шкоди» є їхнє небажання затверджувати програми впровадження замісної терапії, незважаючи на те що розширення доступу до антиретровірусної терапії в Україні відбувається ще з 2003 року. Тому пілотні програми «замісної терапії» були схвалені на законодавчому рівні лише в 2005 році.

Таким чином, можна говорити про те, що в українських політиків досить традиційне бачення шляхів національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, яке потребує більшої гнучкості відповідно до ситуації, яка складається в країні. Тож очевидно стає потреба впровадження інноваційних підходів до подолання епідемії ВІЛ/СНІДу на політичному рівні.

Семінар 9. Політико-правова база України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом (2 год)

1. Політична стратегія України на шляху подолання епідемії ВІЛ/СНІДу

Завдання № 1

Ця вправа призначена для перевірки знань слухачів за темою.

Питання для обговорення: Який документ можна вважати ключовим у сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні? Якою є його ключова мета та зміст?

У березні 2004 року Уряд України ухвалив постанову «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню

ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки».

Такий документ, як Концепція був розроблений та затверджений на державному рівні вперше. Він передбачає удосконалення існуючих напрямів протидії епідемії. Метою Концепції є взяття під контроль та обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Для її втілення визначено стратегічні напрями: 1) запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу; 2) забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Програма, прийнята 2004 року, є вже п'ятою національною програмою, спрямованою на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу. Її мета – затвердження на державному рівні заходів, які передбачають запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в Україні, розширення можливості доступу до лікування ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД, активізацію інформаційно-просвітницької роботи щодо профілактики ВІЛ/СНІДу. Розділи програми окреслюють завдання щодо посилення діяльності державних органів, організацій і об'єднань громадян у боротьбі проти ВІЛ/СНІДу, а також інформаційно-просвітницьку роботу, профілактичну роботу серед груп ризику населення, безпеку донорства, профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини, діагностику, лікування, догляд і підтримку людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, наукові дослідження і розробки, моніторинг і оцінку.

На весь термін дії Національної програми профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2004–2008 роки заплановано всього 864 684,5 тис. грн.

Джерела фінансування Національної програми

Джерело	Сума, тис. грн.	Відсоток, %
Державний бюджет України	202 128,7	23,4
Місцеві бюджети	88 158,2	10,2
Грант Глобального фонду боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією	427 864,8	49,5
Позика Світового банку	146 482,3	16,9
Інші джерела	50,5	0,006

Завдання № 2

Ця вправа орієнтована на розуміння слухачами змісту заходів Національної програми з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

Запропонувати слухачам курсу об'єднатись у підгрупи і обговорити частину заходів, запланованих у рамках національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД.

1 група – обговорює заходи, заплановані в межах завдання «посилення діяльності державних органів, підприємств, установ, організацій та об'єднань громадян у справі боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом»;

2 група – обговорює заходи, заплановані в межах завдань: «сприяння зниженню рівня ризикуваної щодо інфікування ВІЛ поведінки серед різних груп населення, особливо молоді у віці 15–24 років» та «зменшення ризику уразливості до інфікування ВІЛ та зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення»;

3 група – обговорює заходи, заплановані в межах завдань: «виключення ризику передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров та її компоненти» та «зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; забезпечення можливості доступу до діагностики, лікування, догляду і підтримки людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом»;

4 група – обговорює заходи, заплановані в межах завдань: «забезпечення проведення наукових досліджень з питань вивчення особливостей розвитку і можливих наслідків ВІЛ-інфекції/СНІДу, розроблення вітчизняних засобів профілактики, діагностики і лікування» та «забезпечення контролю, координації, планування та ефективного використання ресурсів, необхідних для виконання Програми».

Обговорення може відбуватись за такою схемою:

- ефективність та доцільність запропонованих заходів;
- відповідність заходів поставленим завданням; вичерпність запропонованого переліку заходів;
- якими заходами можна було б доповнити національну програму для забезпечення втілення завдання.

2. Законодавство України у сфері ВІЛ/СНІДу

Ефективна правова і законодавча база є одним з основних чинників стабілізації і подальшого зниження темпів поширення ВІЛ/СНІДу. Першим і найважливішим кроком на цьому шляху з боку держави є створення і постійне вдосконалення гнучкої нормативно-правової бази, яка могла б регулювати такі суспільні відносини, де фігурує ВІЛ-позитивна або хвора на СНІД людина.

Завдання № 3

Ця вправа орієнтована на перевірку знань стосовно законодавчої бази України в сфері ВІЛ/СНІДу.

Запропонувати студентам у режимі «мозкового штурму» перерахувати основні законодавчі акти, прийняті в сфері ВІЛ/СНІДу.

Питання ВІЛ/СНІДу в Україні не обділено законодавчою увагою. У нас сформувалась розвинена нормативно-правова база щодо регулювання діяльності, спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу. Ще у 1991 році, чи не вперше на пострадянському просторі, ухвалено Закон «Про запобігання захворювання на СНІД та соціальний захист населення». 1998 року в цей документ внесено зміни, зокрема зафіксовано важливі принципи усвідомленої добровільності тестування на ВІЛ. Цей Закон – основний документ у врегулюванні питань життєдіяльності ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, а також осіб, що внаслідок виконання професійних обов'язків надають допомогу таким людям.

Задля виконання вимог Закону прийнято безліч підзаконних нормативних актів, спрямованих на врегулювання механізму виконання норм Закону безпосередньо на практиці. Чинне в Україні законодавство в сфері ВІЛ/СНІДу ставить перед собою завдання поліпшення якості життя ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей, забезпечення безперешкодного доступу до лікування і позалікарняного догляду, а також надання такій категорії людей додаткових прав і пільг.

Попри увесь позитив та в основному прогресивний характер законодавчої бази України в контексті ВІЛ/СНІДу, цілий ряд положень національного законодавства потребують подальшого вдосконалення. Метою такого вдосконалення має бути підвищення ефективності заходів з контролю за епідемією, посилення гарантій дотримання прав людини, подальше обмеження потенційних можливостей для дискримінації та ostracizmu стосовно наркозалежних осіб та осіб, які живуть з ВІЛ, їхніх близьких, інших вразливих у контексті ВІЛ/СНІДу груп населення.

Найактуальнішим завданням законодавства в контексті проблеми ВІЛ/СНІДу є недопущення дискримінації і стигматизації ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей та захист їх законних прав і свобод, оскільки в силу недостатньої поінформованості суспільства з питань ВІЛ/СНІДу трапляються непоодинокі випадки дискримінації і стигматизації ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД людей.

3. Права людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, їхніх близьких та родичів, медиків

Відповідно до статті 17 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» ВІЛ-позитивні і хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. При цьому, крім загальних прав і свобод, вони мають низку додаткових прав.

Завдання № 4

Ця вправа орієнтована на виявлення знань студентів стосовно прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Запропонувати слухачам курсу в режимі «мозкового штурму» перерахувати основні права людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, закріплені в законодавстві України.

Люди, як живуть з ВІЛ/СНІДом, мають додаткові права на:

- відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їхніх прав, яке мало місце в результаті розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунodefіциту людини;
- безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики, психосоціальної підтримки;
- безоплатний проїзд до місця лікування й у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування;
- користування ізольованою жилою кімнатою.

Закон забороняє відмовляти в прийнятті таких осіб у лікувальні установи, наданні їм медичної допомоги, обмеженні їхніх прав на підставі того, що вони є ВІЛ-позитивними або хворими на СНІД, а також обмежувати права їхніх рідних і близьких на цій же підставі (ст. 18 Закону).

Неправомірні дії посадових осіб, що порушують права ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД, а також їхніх рідних і близьких, можуть бути оскаржені в судовому порядку. Про це говориться у ст. 19 Закону.

У випадку зараження ВІЛ-інфекцією в результаті медичних маніпуляцій такі особи мають право на відшкодування в судовому порядку збитку, заподіяного здоров'ю. Відшкодування збитку здійснюється за рахунок винної у зараженні особи. Це право гарантоване ст. 20 Закону.

Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та

становлять лікарську таємницю. Передача таких відомостей дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду (ст. 8 Закону).

У разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому порядку недієздатними, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це батьків або інших законних представників зазначених осіб.

Порядок повідомлення обстеженим особам про результати медичного огляду та видачі їм відповідних офіційних висновків встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

Завдання № 5

Ця вправа орієнтована на розвиток аналітичних навичок студентів.

Запропонувати слухачам курсу об'єднатися у дві підгрупи. Кожна підгрупа отримує завдання продумати аргументи «за» або ж «проти» навчання ВІЛ-позитивних дітей в окремих навчальних закладах. Після завершення роботи в групах відбувається презентація.

Після завершення презентацій підгруп, у ході підведення підсумків даного завдання, варто звернути увагу на те, що подібні заходи (навчання ВІЛ-позитивних дітей в окремих навчальних закладах) не можна розглядати як приклади позитивної дискримінації, адже подібні заходи навпаки сприяють соціальній ізоляції людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Як приклад позитивної дискримінації можна розглядати перелік додаткових прав ВІЛ-позитивних людей та людей, хворих на СНІД, закріплених у Законі України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

У законодавстві України щодо ВІЛ/СНІДу чимала увага приділяється **соціальному захисту медичних працівників**. Чинне законодавство визначає, що зараження ВІЛ-інфекцією медичних чи фармацевтичних працівників при виконанні ними службових обов'язків належить до числа професійних захворювань. У зв'язку з цим запроваджено обов'язкове страхування цієї категорії працівників на випадок інфікування вірусом імунodefіциту людини при виконанні ними службових обов'язків за рахунок власника установи охорони здоров'я. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» визначає такі права медичних працівників, що були інфіковані під час виконання службових обов'язків:

- щорічне безплатне одержання путівок для санаторно-курортного лікування;
- щорічна відпустка тривалістю 56 календарних днів із використанням її влітку або в інший зручний для них період;
- першочергове поліпшення житлових умов у порядку, встановленому законодавством України.

Семінар 10. Профілактичні програми у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні (2 год)

1. Місце профілактичних програм у стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу

Завдання № 1

Ця вправа орієнтована на перевірку знань та уявлень слухачів курсу стосовно різних заходів з профілактики ВІЛ/СНІДу.

Запропонувати студентам об'єднатися у три підгрупи і обговорити перелік заходів, які варто включати в один з рівнів профілактики (первинну, вторинну та третинну профілактику).

Загалом профілактику визначають як комплекс заходів, спрямованих на запобігання в окремої особи, груп людей або суспільства небажаних чи негативних явищ. Залежно від цільової групи профілактичні заходи поділяють на кілька різновидів:

- *первинна, або загальна профілактика*, яка передбачає запобігання виникненню певного негативного явища, його чинників; вона містить, наприклад, інформаційно-просвітницькі програми для широкого загалу населення, програми формування здорового способу життя тощо;
- *вторинна, або спеціальна профілактика*, що спрямована на запобігання поширенню негативного явища і часто реалізується серед так званих груп ризику;
- *третинна профілактика*, що здійснюється для запобігання погіршення стану осіб, які вже потерпають від певного захворювання або іншого негативного явища.

Безпосередньою основою для здійснення заходів профілактики ВІЛ/СНІДу є Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набу-

того імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Цим Законом передбачено проведення широкого спектру профілактичних заходів:

- інформування населення про шляхи зараження, заходи і засоби профілактики;
- забезпечення доступності для населення засобів профілактики, що дозволяють уникнути зараження статевим шляхом;
- проведення профілактичних програм серед осіб, що вживають наркотики, в тому числі програм зменшення шкоди, які передбачають обмін шприців;
- сприяння діяльності, спрямованої на формування в населення безпечної сексуальної поведінки та попередження вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

Національний план протидії епідемії ВІЛ/СНІДу розрізняє профілактичні заходи, спрямовані на: 1) загальне населення; 2) конкретні групи, найбільш уразливі щодо інфікування. До так званих уразливих груп, або груп ризику, які є об'єктами уваги вторинної профілактики, належать споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники секс-бізнесу, особи, які перебувають в місцях позбавлення волі, чоловіки, які мають секс з чоловіками, діти, які мають народитись або вже народжені ВІЛ-позитивними жінками, а також медичні працівники і працівники служб суспільної безпеки. Одним із базових напрямів профілактичної діяльності серед цих представників уразливих груп є програми зменшення шкоди.

Завдання № 2

Ця вправа орієнтована на поглиблення розуміння студентами різних компонентів програми зменшення шкоди.

Запропонувати слухачам курсу об'єднатись у три підгрупи і розробити комплексну програму профілактики в рамках програми зменшення шкоди для різних уразливих цільових груп.

2. Доступні ресурси для втілення профілактичних програм в Україні. Оцінка ефективності профілактичних програм

Завдання № 3

Ця вправа призначена для розвитку аналітичних навичок у слухачів.

Питання для обговорення: Які ресурси потрібні для впровадження цієї чи іншої програми?

Фахівці з аналізу публічної політики визначають, що для успішної реалізації державних програм потрібні такі ресурси, як: політики-правові (відповідне законодавче поле); адміністративні, менеджерські, інституційні; фінансові, матеріальні; підтримка програм населенням.

Сучасна державна політика України приділяє увагу проблемам профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в українському суспільстві. Про це свідчить низка ухвалених законодавчих і нормативно-правових актів: Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», п'ять Національних програм з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та ін.

Разом з тим Україна робить важливі кроки у пошуках нових ресурсів і засобів для подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, проведення профілактичних заходів серед груп ризику і населення в цілому, лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, зміцнення національних можливостей для діагностики ВІЛ/СНІДу та контролю за якістю лікування. Протягом останніх років зміцнюється співробітництво з Представництвом ООН в Україні, відкрилися нові горизонти співробітництва з неурядовими і міжнародними організаціями, які стали рівноправними партнерами у виконанні загальнодержавних Програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Зокрема, мова йде про фінансування заходів із профілактики поширення ВІЛ/СНІДу за кошти, запозичені у Світового банку: 76 893,7 тис. грн – профілактична робота серед уразливих груп населення; 8 230, 4 тис. грн – інформаційно-просвітницька робота, спрямована на зменшення поширеності ризикованої щодо ВІЛ поведінки та пропаганду здорового способу життя; 3 046,1 тис. грн – на проведення заходів з профілактики передавання ВІЛ від матері до дитини.

У профілактичну діяльність у країні включилися близько 100 неурядових організацій. Вони виконують в областях профілактичні програми серед споживачів наркотиків, представників секс-бізнесу, ув'язнених у місцях позбавлення волі; створені й функціонують ВІЛ-сервісні організації.

Крім залучення коштів від міжнародних донорів, в Україні спостерігається також збільшення бюджетного фінансування заходів боротьби з ВІЛ/СНІДом: 2000 р. – 5,4 млн грн; 2001 р. – 6,7 млн грн; 2002 р. – 9,3 млн грн; 2003 р. – понад 13 млн грн; 2004 р. – 17,0 млн грн. У 2005 р. з державного бюджету на заходи боротьби із ВІЛ/СНІДом заплановано витратити 34 млн грн.

Мобілізація й координація ресурсів нині один з найважливіших і водночас найменш доступних компонентів для аналізу. Адже за браком в країні прозорого механізму міжгалузевого управлінського й фінансового менеджменту відповідна інформація є важкодоступною. Водночас не налагоджено моніторинг ефективності профілактичних програм, що не сприяє покращенню їх якості.

Завдання № 4

Ця вправа орієнтована на розвиток аналітичних навичок студентів, закріплення матеріалу щодо оцінки профілактичних програм.

Запропонувати слухачам курсу в підгрупах попрацювати над критеріями оцінки втілення профілактичних програм, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу.

3. Ресурси та політичні можливості ефективної національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні. **Перспективи розвитку програм зменшення шкоди**

Завдання № 5

Ця вправа орієнтована на поглиблення уявлень студентів стосовно можливостей адвокації програм зменшення шкоди на державному рівні.

Запропонувати слухачам курсу об'єднатися в підгрупи і попрацювати над визначенням основних перешкод для впровадження програм замісної терапії в Україні, а також виробити план заходів з адвокації програм зменшення шкоди, враховуючи наявний досвід впровадження цих програм та доступні ресурси.

Наявні в українському законодавстві суперечності суттєво позначаються на здійсненні профілактичної діяльності у сфері ВІЛ/СНІДу. Хоча в Кримінальному кодексі України не визначена кримінальна відповідальність за вживання наркотиків, проте чинні норми сприяють легкому перетворенню споживача наркотичних засобів на злочинця, оскільки купуючи, виготовляючи, транспортуючи, зберігаючи наркотики, навіть за відсутності мети збуту, хворі із наркотичною залежністю порушують чинне кримінальне законодавство, а вживати наркотики, не виготовляючи самої або не купуючи їх, неможливо.

Незважаючи на доведену ефективність програм зменшення шкоди, їх прихильникам доводиться стикатись з опором державних діячів і деяких політиків.

Зараз уже стала актуальною проблема переведення діючих проектів зменшення шкоди на пріоритетне бюджетне фінансування. Крім того, в ок-

ремих регіонах України все ще спостерігається упереджене ставлення до програм зменшення шкоди з боку представників правоохоронних органів.

У колишньому Радянському Союзі наркологі були зобов'язані повідомляти про своїх пацієнтів в міліцію. Нинішні закони вже не передбачають цього, проте «в силу звички» в багатьох країнах й донині триває така співпраця між правоохоронними органами і лікарями.

Очевидними є також і позитивні зміни стосовно програм зменшення шкоди на державному рівні. Так, у Національній програмі профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 роки було передбачено «започаткувати введення замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків ВІЛ та збудників інших трансфузійних інфекцій». А в березні 2004 року в черговій Національній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД передбачено реалізацію програм замісної терапії.

У рамках проекту «Громадське лобіювання стратегії зменшення шкоди» протягом січня–квітня 2005 р. відбулася серія громадських обговорень «Нова політика зменшення шкоди від вживання наркотиків» у м. Києві та ще 10 містах України. Метою обговорень стало вироблення спільного бачення стосовно політики зменшення шкоди від вживання наркотиків, виявлення позицій різних зацікавлених сторін щодо існуючих проблем та можливих шляхів їх вирішення.

На кожному з обговорень загалом були присутні від 25 до 35 осіб. У результаті отримано позиції таких зацікавлених сторін: представники органів влади; лікарі; правоохоронці; представники соціальної сфери; представники громадських організацій. Представниками соціальної сфери були переважно працівники Міністерства у справах молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики, Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді, педагоги. Група «лікарі» була представлена переважно працівниками центрів боротьби зі СНІДом та наркологічних диспансерів. До групи «громадські організації» входили як представники недержавних організацій, так і цільової групи – активні чи колишні споживачі наркотиків, їхні родичі, а також люди, що живуть з ВІЛ.

За підсумками обговорень було запропоновано стратегію впровадження політики зменшення шкоди в Україні.

Для подолання проблем представники практично всіх груп інтересів в усіх містах найчастіше рекомендували заходи інституційного змісту, спрямовані на забезпечення умов для ефективної реалізації політики. Серед

них: забезпечення координації дій, належне фінансування програм зменшення шкоди, навчання спеціалістів, контроль за впровадженням програм. Представники громадських організацій також наголошували на необхідності визначення статусу програм зменшення шкоди як соціальної послуги та залучення недержавних організацій до виконання державних програм.

Поруч з цим першочергове значення мають інформаційні заходи, спрямовані на підвищення обізнаності населення щодо проблеми ВІЛ/СНІДу в Україні, створення мотивації до здорового способу життя, формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та людей, хворих на наркотичну залежність.

Не менш важливим, на думку учасників обговорень, є питання забезпечення доступу до лікування людей, хворих на наркотичну залежність. Зокрема, серед першочергових заходів відзначались розвиток реабілітаційних центрів, соціальних підприємств, а також надання доступу до лікування замісною підтримуючою терапією для тих, хто її потребує.

Перегляд роботи органів внутрішніх справ зі споживачами наркотиків також відзначався як один із пріоритетів. Зокрема, було вказано на необхідність зменшення кримінального переслідування наркозалежних та зміни акцентів у роботі правоохоронних органів із боротьби зі споживачами наркотиків на боротьбу із розповсюджувачами.

Фінансові та людські ресурси, на думку учасників обговорень, є основними чинниками для реалізації стратегії зменшення шкоди. У той самий час, реальна нестача цих ресурсів, а також неврегульованість правового статусу програм зменшення шкоди були визнані головними перешкодами впровадження цієї стратегії. Іншим чинником, що перешкоджає впровадженню програм зменшення шкоди, є переважна відсутність підтримки з боку населення загалом та представників влади зокрема.

Ключовим дискусійним питанням виявилось запровадження замісної підтримуючої терапії для хворих на наркотичну залежність. Дебати, що відбувались під час обговорень, продемонстрували, перш за все, відсутність спільного розуміння цілей політики стосовно наркозалежних осіб. Так, противники впровадження замісної терапії переважно вважають, що наркозалежні не можуть існувати у суспільстві, вони повинні бути ізольовані, проходити примусове лікування або ж перебувати в місцях позбавлення волі. Водночас, більшість зацікавлених сторін вважає, що замісну підтримуючу терапію необхідно запровадити, оскільки вона здатна допо-

могти у вирішенні як проблеми поширення ВІЛ, так і проблеми злочинності, пов'язаної із незаконним вживанням наркотиків.

Для ефективного запровадження нової державної політики передусім необхідно удосконалити систему формування та впровадження політики. Це завдання потребує першочергового вирішення, особливо враховуючи міждгалузовий та програмний характер цієї роботи. Відтак, доцільно:

- поліпшити інформаційно-аналітичне забезпечення розроблення та впровадження національних та регіональних програм профілактики ВІЛ через: по-перше, обов'язкову вимогу проведення аналізу розвитку ситуації та його причин, результатів впровадження попередніх програм; по-друге, аналіз наявних ресурсів та перешкод, а також наслідків пропонованих програм; по-третє, аналіз можливих варіантів досягнення цілей, аналіз існуючих інтересів та консультації із зацікавленими сторонами;
- переглянути наявну систему координації роботи та визначення єдиного координаційного механізму, що має забезпечувати виконання таких завдань: по-перше, узгодження державної політики профілактики ВІЛ/СНІДу у медичній, соціальній, освітній сферах та у сфері боротьби з поширенням наркотиків; по-друге, ефективна участь громадянського суспільства у формуванні державної політики у цій сфері; по-третє, координація пріоритетів, програм та обсягів використання донорської допомоги у цій сфері;
- забезпечити регуляторну, методичну й матеріально-технічну основу для функціонування єдиного координаційного механізму;
- створити в регіоні єдиний координаційний орган, що буде реципієнтом коштів з усіх джерел фінансування – державного та місцевого бюджетів, благодійних та донорських організацій. Цей орган повинен акумулювати, розподіляти та контролювати використання коштів по напрямках реалізації програми й нести відповідальність за виконання цілей та досягнення визначених програмою показників та індикаторів. Контроль за роботою цього органу повинен проводитись як державними контролюючими органами, так і незалежним аудитом, призначеним донорами. До складу органу мають входити як відповідальні представники державних органів та служб, так і недержавні організації, що мають досвід роботи в регіоні;
- прийняти Державну концепцію наркотичної політики, що узгоджується з політикою профілактики ВІЛ/СНІДу та враховує стратегію зменшення шкоди: по-перше, провести обговорення та консуль-

тації із зацікавленими сторонами щодо концепцій наркополітики та політики профілактики ВІЛ; по-друге, узгодити існуючі державні програми із прийнятими концепціями наркополітики та політики боротьби з ВІЛ;

- забезпечити достовірність статистичних даних через вдосконалення методик обліку наркозалежних і ВІЛ-інфікованих та проведення досліджень, зокрема, застосування методик моніторингу та оцінки, запропонованих ООН;
- затвердити перелік статистичних показників, необхідних для проведення моніторингу впровадження заходів профілактики та допомоги й лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також відповідних шаблонів та процедур моніторингу;
- повноцінно запровадити програмно-цільовий метод бюджетного фінансування державних програм у цій сфері.

На думку більшості учасників обговорень, успішність політики зменшення шкоди має вимірюватись такими показниками, як: стабілізація та зниження темпів поширення ВІЛ, зменшення кількості споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), рівень охоплення СІН послугами програм зменшення шкоди, а також якість і доступність цих послуг, стабільність та розмір фінансування таких програм.

Ризиками впровадження програм зменшення шкоди, на думку учасників, є неприйняття їх населенням, надто пізні впровадження з огляду на епідеміологічну ситуацію, брак фахівців та недостатнє й нестабільне фінансування.

На додаток до програм зменшення шкоди, на думку учасників обговорень, значно більше уваги, ніж тепер, мусить приділятися питанням первинної профілактики наркоманії та ВІЛ через цільові інформаційні заходи для різних груп суспільства, покращення профілактики у навчальних закладах, пропаганді здорового способу життя.

Отже, зменшення шкоди має стати основою політики стосовно споживачів наркотиків як у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків, так і у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ

До розділу 1

1. Якою є природа ВІЛ? На що впливає цей вірус?
2. Визначте основні етапи розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі.
3. Назвіть шляхи передачі ВІЛ-інфекції та тенденції у зміні їх поширеності у світі та в Україні.
4. Як пов'язані епідемія ВІЛ/СНІДу та епідемія наркоспоживання? Які, на вашу думку, перспективи подальшого розвитку чи зміни такого зв'язку?
5. Які ви знаєте лабораторні методи діагностики ВІЛ-інфекції?
6. Опишіть сучасні підходи до лікування ВІЛ-інфекції, їхній потенціал та можливі проблеми у запровадженні.
7. Назвіть основні документи міждержавної політико-правової бази у сфері подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.
8. Назвіть та коротко охарактеризуйте основні моделі наркополітики, які використовуються в різних країнах світу.

До розділу 2

1. Якими можуть бути поведінкові втручання з метою профілактики ВІЛ на індивідуальному та соціальному рівнях?
2. На що потрібно зважати під час здійснення профілактики ВІЛ з різними групами населення?
3. У чому полягають зміст, філософія та основні принципи стратегії зменшення шкоди?
4. Що таке замісна терапія, якими є її основні властивості? Чому потрібно говорити про замісну терапію у контексті профілактики ВІЛ/СНІДу?
5. Опишіть схему етапів змін поведінки на індивідуальному рівні згідно з моделлю Прочаски–ДіКліменті. Якими мають бути дії соціального працівника на кожному з етапів змін?
6. Якими є основні моделі здійснення політики поведінкової модифікації?
7. Визначте специфіку проведення профілактичної щодо ВІЛ/СНІДу роботи серед споживачів ін'єкційних наркотичних речовин та працівників комерційного сексу.

8. Що потрібно враховувати при превентивній щодо ВІЛ/СНІДу роботі з підлітками та молоддю?
9. Як відбувається профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ?
10. Якими є позитивні та можливі негативні аспекти здійснення профілактичного втручання з боку лікарів, сім'ї, на робочому місці? Що варто враховувати при здійсненні профілактичної комунікації?
11. Визначте основні економічні аспекти профілактичних програм.
12. У чому переваги використання підходу «рівний – рівному»?
13. На чому має ґрунтуватися політичне забезпечення стратегії зменшення шкоди?
14. Якими є основні погляди й оцінки стратегії зменшення шкоди у різних групах населення?

До розділу 3

1. Які медичні та соціальні служби для людей з ВІЛ/СНІДом діють в Україні та як вони співпрацюють або мають співпрацювати між собою?
2. Опишіть основні методи соціально-психологічної реабілітації та підтримки ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей.
3. Як фінансуються проекти і програми по догляду за людьми, що живуть з ВІЛ/СНІД? Наскільки достатнім є це фінансування?
4. Що таке громада? Які форми організації громади ви можете назвати?
5. У чому полягає практична діяльність соціального працівника під час догляду за людьми з ВІЛ/СНІДом і споживачами ін'єкційних наркотиків у громаді?
6. Охарактеризуйте модель громадського центру комплексної допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом.
7. У чому полягає суть і зміст консультування щодо ВІЛ? Проаналізуйте зміст різних етапів до- та післятестового консультування.
8. Охарактеризуйте діяльність груп само- та взаємодопомоги для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.
9. Які методи роботи з близькими і родичами ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей можна застосовувати у ВІЛ-сервісних організаціях?
10. Проаналізуйте методи представництва інтересів людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.
11. У чому полягає суть медіа-представництва? Охарактеризуйте основні методи медіа-представництва.
12. Які є проблеми впровадження контрольованої антиретровірусної терапії?
13. Що таке прихильність до АРВ-терапії?

14. Охарактеризуйте основні методи і способи формування прихильності до АРТ.
15. Поясніть взаємозв'язок між замісною терапією і АРВ-терапією.
16. Що таке опортуністичні захворювання? У чому полягає їх профілактика та лікування?
17. Що таке мультидисциплінарна команда? У чому полягають особливості і принципи її роботи?

До розділу 4

1. На які основні демографічні показники впливає поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні? Яким чином?
2. Яким чином відбувається перерозподіл витрат підприємства під впливом поширення епідемії ВІЛ/СНІДу?
3. За рахунок яких сфер охорони здоров'я збільшуються витрати держави на подолання епідемії ВІЛ/СНІДу?
4. Дайте коротку характеристику демографічної ситуації в Україні в контексті поширення епідемії ВІЛ/СНІДу.
5. За рахунок яких саме соціальних, економічних та демографічних чинників, пов'язаних з епідемією ВІЛ/СНІДу, зростає навантаження на систему соціальної підтримки та соціального забезпечення?
6. Охарактеризуйте загальний стан інформованості українських посадовців різних рівнів щодо проблеми ВІЛ/СНІДу.
7. Перелічіть найпоширеніші в ЗМІ стереотипи щодо проблеми ВІЛ/СНІДу та людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Дайте коротку характеристику витоків появи цих стереотипів.
8. Дайте визначення поняття стигматизація та дискримінація.
9. Які права мають ВІЛ-позитивні люди в Україні?
10. Які ключові нормативно-правові документи регулюють правовідносини у сфері ВІЛ/СНІДу?
11. Яка передбачена відповідальність за ненадання потрібної медичної допомоги будь-якій людині, зокрема, тій, що живе з ВІЛ?
12. Проаналізуйте основні перешкоди на шляху втілення програм зменшення шкоди в Україні.

ВИМОГИ ДО ПИСЬМОВОЇ РОБОТИ

Перший варіант

Студенти повинні **розробити профілактичну програму** для будь-якої групи людей, на будь-якому рівні (індивідуальний, соціальний) та зробити презентацію.

Оцінюються:

- відповідність теми;
- аргументованість вибору того чи іншого напрямку профілактики, цільової групи;
- вміння аналізувати літературу з обраної теми;
- вміння аналізувати контекст (політична ситуація, соціокультурні особливості), в якому профілактична програма втілюватиметься;
- вміння поставити цілі, які бажає досягнути та чи інша профілактична програма;
- вміння обрати адекватні методи і засоби досягнення поставлених цілей;
- використання сучасних підходів щодо проблеми ВІЛ/СНІДу;
- аналіз шляхів та механізмів залучення громадськості, місцевих громад та населення до вирішення проблеми;
- структура роботи, логічність та послідовність; належне оформлення.

Обсяг – 7–10 сторінок, 12 шрифт, інтервал – 1,5 (тобто приблизно 20 тисяч знаків).

ПИТАННЯ ДО ІСПИТУ

Іспит проводиться у письмовому вигляді. У кожному іспитовому білеті – три питання з наведених нижче. Відповідь на кожне з них дає змогу заробити максимум 10 балів. Оцінюється правильність відповідей на відкриті питання, що передбачають демонстрацію знань та аналітичних навичок, отриманих упродовж курсу.

1. Поясніть шляхи передачі ВІЛ, виходячи з природи вірусу.
2. Порівняйте тенденції розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні з тенденціями розвитку епідемії у світі. Як Ви вважаєте, чому саме такі тенденції преvalюють в Україні?
3. Як Ви гадаєте, чи зміниться найближчим часом взаємозв'язок між наркоспоживанням та епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні? Якщо так, то в який бік? Обґрунтуйте свою думку.
4. Проаналізуйте вплив політики у розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу. Які політичні заходи варто, на Вашу думку, вжити, щоб призупинити розвиток епідемії в Україні?
5. Які кроки, на Вашу думку, потрібно зробити на усіх суспільних рівнях, аби призупинити епідемію ВІЛ/СНІДу?
6. Визначте можливості і перспективи, які дають загальному населенню впровадження сучасних методів діагностики та лікування ВІЛ/СНІДу.
7. Обґрунтуйте необхідність врахування особливостей різних груп населення при здійсненні поведінкових втручань з метою профілактики ВІЛ/СНІДу на індивідуальному і соціальному рівнях. Які саме особливості варто враховувати?
8. Визначте спільне та відмінне у здійсненні профілактичної щодо ВІЛ/СНІДу роботи з представниками різних груп населення.
9. Визначте труднощі та перспективи економічних аспектів профілактичних програм.
10. Проаналізуйте переваги і недоліки підходів профілактики ВІЛ на індивідуальному і соціальному рівнях. Які, на Вашу думку, мають більший ефект і чому?

11. Визначте переваги та обмеження підходу зменшення шкоди серед споживачів наркотичних речовин. Яке місце серед інших підходів має ця стратегія при профілактиці ВІЛ серед споживачів ін'єкційних речовин? Обґрунтуйте свою думку.
12. Проаналізуйте можливості використання замісної терапії при профілактиці ВІЛ та при впровадженні контрольованої антиретровірусної терапії.
13. Чому варто говорити про впровадження замісної терапії у контексті запровадження антиретровірусної терапії?
14. Проаналізуйте основні перешкоди на шляху втілення програм зменшення шкоди в Україні. Запропонуйте методи адвокації на законодавчому рівні для вирішення проблем на шляху впровадження замісної терапії. На чому, на Вашу думку, має ґрунтуватися політичне забезпечення стратегії зменшення шкоди?
15. Визначте, яке місце посідає проведення інформаційних кампаній у профілактиці ВІЛ/СНІДу? Які індикатори успішно проведеної інформаційної кампанії Ви б запропонували?
16. Уявіть, що Ви працюєте у ВІЛ-сервісній організації будь-якого рівня і будь-якої форми власності. З чого б Ви почали роботу з клієнтом, куди б направили одразу, як би побудували роботу з ним?
17. Які методи соціально-психологічної реабілітації ВІЛ-позитивної або хворої на СНІД людини Ви б застосовували на кожному з етапів розвитку хвороби? Чи є список послуг, які пропонують ВІЛ-сервісні організації, вичерпним? Обґрунтуйте свою думку.
18. Якими способами і методами Ви б забезпечили якість послуг з профілактики ВІЛ та догляду та людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом? Які індикатори якості цих послуг Ви б запропонували?
19. Якби Ви були особою, що приймає рішення щодо фінансування проєктів або програм по догляду за людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом, як би Ви розподілили кошти? Чому?
20. Охарактеризуйте демографічні, соціальні та економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу. Запропонуйте власні способи і методи зменшення цих наслідків.
21. Як Ви вважаєте, за рахунок яких саме соціальних, економічних та демографічних чинників, пов'язаних з епідемією ВІЛ/СНІДу, зростає навантаження на систему соціальної підтримки та соціального забезпечення? Наведіть приклади для аргументації своєї думки.

22. Проаналізуйте, яке місце у загальній системі соціального забезпечення посідає система соціального забезпечення людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом?
23. Порівняйте стратегії зменшення ризику (зменшення шкоди) і стратегії усунення ризику. Які, на Вашу думку, є більш ефективними? Обґрунтуйте свою думку. Чому, на Ваш погляд, стратегії зменшення шкоди застосовуються в Україні рідше, ніж стратегії усунення ризику?
24. Визначте переваги і недоліки основних моделей змін поведінки населення на соціальному рівні.
25. Якби Вам довелося розробити модель профілактичної комунікації, що б Ви врахували в першу чергу при розробці такої комунікації для різних груп населення, зокрема, на робочих місцях?
26. Запропонуйте стратегії інформування зацікавлених фахівців та широкої громадськості щодо ефективності програм зменшення шкоди та потреби в їх подальшому запровадженні.
27. Визначте місце моделі громадського центру комплексної допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, у системі догляду в громаді за ними.
28. Якби Ви були соціальним працівником у громаді, як би Ви організували роботу в громаді з людьми з ВІЛ/СНІДом і споживачами ін'єкційних наркотиків? Які ролі виконували б там?
29. Проаналізуйте, яке місце посідають ЗМІ у системі психосоціальної підтримки людей, яких зачепила проблема ВІЛ/СНІДу, зокрема при представництві їхніх інтересів. Які ролі виконував би соціальний працівник при цьому?
30. Проаналізуйте проблеми та перспективи впровадження антиретровірусної терапії в Україні. Як Ви розумієте поняття «контрольованості» та «прихильності» до АРВ-терапії? Які Ви знаєте методи формування прихильності до АРВ?
31. Поміркуйте, яку роль соціальні працівники могли б виконувати при впровадженні контрольованої антретровірусної терапії для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом?
32. Проаналізуйте, яка принципова різниця між реабілітаційними програмами для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та аналогічними програмами для людей з подвійним діагнозом – ВІЛ/СНІД та наркоманія.
33. Проаналізуйте нинішнє ставлення українських політиків до проблеми ВІЛ/СНІДу. Як це ставлення можна змінити; яким чином їхнє

- ставлення до проблеми впливає на загальну політику щодо подолання епідемії ВІЛ/СНІДу?
34. Які, на Вашу думку, є причини найпоширеніших стереотипів щодо ВІЛ/СНІДу? Як їх можна змінювати? Яку роль відіграють ЗМІ у створенні та зміні цих стереотипів?
35. Проаналізуйте і охарактеризуйте чинники, що впливають на формування політики щодо ВІЛ/СНІДу.
36. Як Ви вважаєте, наскільки є вичерпним перелік заходів політичної стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні на період до 2011 року? Чи відповідають запропоновані заходи поставленим цілям стратегії; наскільки ці заходи є доцільними і чи матимуть ефективність? Обґрунтуйте свою думку.
37. Проаналізуйте законодавство України у сфері ВІЛ/СНІДу і визначте, наскільки воно може потенційно гарантувати ВІЛ-позитивним та хворим на СНІД людям виконання і дотримання усіх їхніх прав? Обґрунтуйте свою відповідь.
38. Проаналізуйте, наскільки вичерпними є політико-правові нормативні акти з ВІЛ/СНІДу на міждержавному рівні, чи достатньо вони охоплюють спектр питань, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом. Чи відповідає політико-правова база з ВІЛ/СНІДу в Україні документам міждержавного рівня?
39. Визначте переваги та обмеження різних моделей наркополітики: «зменшення попиту», «скорочення поставок», «зменшення шкоди». Обґрунтуйте свою відповідь.